
22101337175

MANUALI VALLARDI

GUIDA DELLO STUDENTE
ALLA DIAGNOSI ED ALLA CURA
DELLE
MALATTIE DELLE DONNE

PER

ALFRED LEWIS GALABIN, M. A., M. D., F. R. C. P.

Già Membro del Trinity College di Cambridge
Professore d' Ostetricia e di Malattie delle Donne
nel Guy's Hospital, ecc. ecc.

PRIMA TRADUZIONE ITALIANA SULLA TERZA EDIZIONE INGLESE

PEL

Dott. NATALE SISCA



Dottor LEONARDO VALLARDI, Editore

NAPOLI
Corso Garibaldi, Piazza della Stazione

MILANO
Corso Vittorio Eman., 24

ROMA
Piazza S. Silvestro 75 2° p.

TORINO
Via Finanze, 11

1885

PREFAZIONE DELL' AUTORE

ALLA TERZA EDIZIONE

Nella presente edizione ho aggiunto dei paragrafi sulle operazioni per riparare la rottura del perineo, del pari che su quelle per la cura del prolasso dell' utero e della vagina, credendo possibili de' perfezionamenti nel modo di praticare queste operazioni, com' esso vien descritto nel maggior numero de' libri di testo di chirurgia. Ho avuto però ritrosia ad accrescere il volume del libro con un paragrafo sull' operazione per la fistola vescico-vaginale, prima, perchè il pratico è generalmente raro che sia chiamato ad eseguirla, e poi, perchè essa è descritta e ne' libri di chirurgia e nelle opere maggiori di Ginecologia.

Per la medesima ragione ho lasciato da parte quegli argomenti, come la gravidanza estrauterina e la retroversione dell' utero gravido, che debbono cercarsi ne' libri d' Ostetricia. Sono state aggiunte tredici figure nuove,

tutto il libro è stato riveduto, e sono state fatte altre addizioni, specialmente sull'anteflessione dell'utero, sulla cura dell'infiammazione della cervice, e sul trattamento operativo de' miomi uterini. Le figure che rappresentano i differenti pessarii in sito, cioè le figure 29, 34, 36 e 45 sono state disegnate ad una scala di 2[7 del volume naturale.

Nella figura 3, che mostra il modo d'introdurre la sonda uterina e nelle figure 40, 41, 42 e 43, che illustrano le varie specie di prolasso, la scala è di 2[9 del volume naturale.

Dicembre 1883.

Compagni,

L' ambizione d' esservi utile, la vanità affettuosa di lasciare un ricordo a quelli fra voi che ho avuto amici: ecco più di quanto non occorra per giustificare la traduzione di questo manuale di ginecologia. La speranza ch' essa sia per giovarvi è una delle migliori cose, che porto meco verso lidi assai lontani, e il voto che la ginecologia conquisti anche fra voi l' alta importanza che le compete, abbiatevelo per mio saluto.

Napoli Gennaio 1885.

N. Sisca.

INDICE

CAPITOLO I.

MEZZI DI DIAGNOSI FISICA.

Riscontro vaginale ed esame bimanuale.	Pag.	1
Palpamento addominale combinato con la percussione e con l'ascoltazione . .	»	6
Esplorazione con la sonda uterina . .	»	7
Riscontro rettale	»	14
Esplorazione della vescica	»	16
Cateterismo.	»	ivi
Esplorazione digitale della vescica . .	»	17
Lo speculum	»	18
Speculum tubulare di Ferguson . . .	»	ivi
Speculum bivalve.	»	21
Speculum di Sims.	»	23
Speculum di Neugebauer	»	26
Dilatazione del collo per mezzo delle tente	»	27
Vantaggi relativi delle diverse tente. .	»	ivi
Modo d'introdurre le tente.	»	28
Pericoli e precauzioni nell'uso delle tente	»	32
Dilatatori strumentali.	»	33
Dilatazione colle borse idrostatiche . .	»	ivi

CAPITOLO II.

FISIOLOGIA DELLA MESTRUAZIONE NORMALE.

Rapporto tra mestruazione ed ovulazione. Pag. 34
Sorgente del sangue mestruo . . . . » 37
Epoca di possibile concepimento . . . » 39
Cominciamento e cessazione della mestruazione . . . . » 40
Sintomi e complicanze della mestruazione » 41

CAPITOLO III.

ANOMALIE DELL'UTERO E DELLA VAGINA.

Assenza o sviluppo rudimentale dell'utero. » 43
Atresia dell'utero, della vagina o della vulva » 45
Atresia congenita dell'utero. . . . . » 46
Atresia congenita della vagina . . . » ivi
Atresia acquisita dell'utero. . . . . » ivi
Atresia vaginale acquisita . . . . . » 47
Sintomi ed esiti . . . . » ivi
Cura . . . . » 48
Stenosi dell'orifizio esterno. . . . . » 52
Stenosi dell'orifizio interno. . . . . » 58

CAPITOLO IV.

SPOSTAMENTI DELL'UTERO E DEGLI ORGANI PELVICI.

Importanza relativa degli spostamenti dell'utero. . . . . » 66
Posizione normale dell'utero . . . . » 68
Cause degli spostamenti in generale. . » 71
Retroversione e retroflessione dell'utero. » 73
Anteversione dell'utero . . . . . . » 92
Anteflessione dell'utero . . . . . . » 100
Prolasso dell'utero e della vagina . . » 112

Prolasso associato ad allungamento della porzione sopravaginale del collo . . Pag. 115
Metodi di mantenere l'utero . . . . . » 122
Pessarii . . . . » 123
Trattamento operativo del prolasso . . » 129
Reintegrazione del perineo. . . . . . » 130
Operazione di colporrafia posteriore . . » 133
Inversione dell'utero. . . . . » 137

CAPITOLO V.

IPERPLASIA ED ATROFIA DELL'UTERO.

Subinvoluzione, ipertrofia ed iperplasia dell'utero. . . . . » 143
Superinvoluzione ed atrofia dell'utero . » 156

CAPITOLO VI.

IPEREMIA ED INFIAMMAZIONE DELL'UTERO.

Iperemia attiva dell'utero . . . . . . » 158
Iperemia passiva dell'utero. . . . . . » 165
Infiammazione dell'utero . . . . . . » 168
Metrite ed endometrite acute . . . . » ivi
Infiammazione cronica del collo, ecc. . » 173
Erosione o infiammazione granulare del collo . . . . » 175
Cura dell'ettropio del collo. . . . . . » 193
Operazione di trachelorrafia . . . . » ivi
Endometrite e metrite croniche . . . » 196
Medicatura intrauterina. . . . . . . » 210
Dismenorrea membranosa . . . . . . » 214

CAPITOLO VII.

NEOPLASMI DELL'UTERO.

Polipi mucosi e glandolari dell'utero. . » 218
Fibromi o fibro-miomi dell'utero . . . » 220

Varietà di fibromi . . . . Pag. 222
Esiti naturali . . . . » 225
Diagnosi de' polipi fibrosi . . . . » 228
Cura de' polipi fibrosi . . . . » 240
Cancro del collo dell'utero . . . . . . » 242
Cura palliativa. . . . . » 261
Cancro del corpo dell'utero . . . . . . » 263
Tubercolosi dell'utero . . . . » 267

CAPITOLO VIII.

MALATTIE DELLE OVAIE.

Anomalie delle ovaie . . . . » 269
Atrofia delle ovaie . . . . » 270
Prolasso delle ovaie . . . . » ivi
Ernia dell'ovario . . . . » 272
Ovarite acuta . . . . » 273
Iperemia dell'ovario ed ovarite cronica . » 274
Cistomi o tumori cistici delle ovaie. . . » 285
Cisti parovarica . . . . » 290
Falsi tumori . . . . » 294
Distinzione tra' diversi liquidi . . . . . » 297
Diagnosi nel periodo iniziale . . . . . » 302
Diagnosi delle aderenze. . . . . » 303
Diagnosi di malignità . . . . » 304
Paracentesi. . . . . » 305
Indicazioni per l'ovariotomia . . . . . » 306
Ovariotomia . . . . » 308
Dermocisti delle ovaie . . . . » 317
Fibromi delle ovaie . . . . » 319
Cancro dell'ovaia . . . . » 320
Tubercolo dell'ovaia . . . . » 321

CAPITOLO IX.

MALATTIE DELLE TROMBE DI FALLOPPIO.

Anomalie congenite . . . . » 322
Salpingite . . . . » ivi

Pio-salpinge . . . . Pag. 322
Idro-salpinge . . . . » 324
Emato salpinge . . . . » 325

CAPITOLO X.

MALATTIE DE' LEGAMENTI UTERINI E DEL PERITONEO E TESSUTO CELLULARE ADIACENTI.

Pelvi-peritonite o perimetrite . . . . . » 328
Pelvi-cellulite o parametrite . . . . . » 337
Ematocele pelvico. . . . . » 344

CAPITOLO XI.

MALATTIE DELLA VAGINA E DELLA VULVA.

Vaginite. . . . . » 352
Cicatrici della vagina. . . . . » 356
Cisti vaginali . . . . » 357
Cancro primario della vagina . . . . . » ivi
Dilatazione cistica dell'uretra . . . . . » 358
Vulvite . . . . » ivi
Vulvite follicolare. . . . . » 360
Gangrena della vulva . . . . » ivi
Dilatazione cistica delle glandole vulvo-vaginali . . . . » ivi
Infiammazione ed ascesso della glandola vulvo-vaginale . . . . » 361
Dilatazione varicosa delle vene della vulva » ivi
Ematoma o trombo del labbro. . . . . » ivi
Eruzioni. . . . . » ivi
Caruncola vascolare dell'uretra . . . . » 362
Iperplasia della clitoride. . . . . . . » 364
Iperplasia delle ninfe . . . . » ivi
Elefantiasi della vulva . . . . » ivi
Cancro della vulva . . . . » 365
Lupus . . . . » ivi
Rotttura del perineo. . . . . » ivi
Operazione per rottura completa del perineo » 367

CAPITOLO XII.

DISTURBI FUNZIONALI E SINTOMATICI.

Amenorrea . . . . Pag. 371
Mestruazione scarsa. . . . . » 379
Menorragia e metrorragia. . . . . . » ivi
Dismenorrea . . . . » 382
Disturbi climaterici . . . . » 388
Pseudociesi. . . . . » 390
Assenza del senso sessuale. . . . . » 394
Sterilità . . . . » 395
Prurito della vulva . . . . » 399
Coccigodinia . . . . » 401



INDICE DELLE FIGURE.

1. Metodo d'esame bimanuale. . . . Pag. 4
2. Sonda uterina . . . . » 7
3. Modo d'introdurre la sonda . . . » 9
4. Pinzetta a tenacolo uterina. . . . » 16
5. Speculum di Ferguson . . . . . . » 19
6. Speculum bivalve di Cusco. . . . » 22
7. Speculum di Sims. . . . . » 23
8. Posizione per introdurre lo speculum di Sims . . . . » 24
9. Speculum di Sims modificato . . . » 25
10. Speculum di Neugebauer . . . . . » 26
11. Tente di spugna . . . . » 28
12. Tenta di laminaria . . . . » 29
13. Introduttore di tente di Barnes . . » ivi
14. Modo d'introdurre la tenta. . . . » 31
15. Dilatatore uterino di Sims . . . . » 33
16. Forbici di Kuchenmeister . . . . » 54
17. Metrotomo di Simpson . . . . . . » 55
18. Forbici di Kuchenmeister . . . . . » 56
19. Coltello di Sims . . . . » 58
20. Sezione posteriore del collo col coltello di Sims . . . . » 59
21. Sonda dilatatrice di Priestley . . . » 62
22. Metrotomo di Greenhalgh.. . . . . » 63
23. Metrotomo di Peaslee.. . . . . . » 64
24. Sezione longitudinale degli organi pelvici . . . . » 69

25. Sezione verticale diagrammatica per illustrare le relazioni tra l'utero e la vagina. . . . . Pag. 70
26. Gradi di retroversione e di anteversione » 74
27. Retroflessione dell'utero associata a retroversione . . . . » 75
28. Pessario di Hodge . . . . » 81
29. Pessario di Hodge in sito . . . . » ivi
30. Pessario di Thomas per la retroflessione . . . . » 84
31. Diagramma del modo di ricondurre l'utero a posto con la sonda . . » 89
32. Pessario di Cutter per la retroflessione modificato da Thomas . . » 91
33. Pessario a cuna . . . . » 96
34. Pessario a cuna in sito. . . . . . » 97
35. Pessario dell'autore per l'anteversione » 98
36. Pessario dell'autore per l'anteversione in sito . . . . » 99
37. Diagramma illustrativo delle varietà d'anteflessione . . . . » 101
38. Pessario ad asta intrauterina di Chambers . . . . » 111
39. Pessario ad asta intrauterina di Wynn Williams. . . . . » ivi
40. Prolasso di primo grado . . . . . » 113
41. Prolasso di secondo grado. . . . » 116
42. Prolasso di terzo grado. . . . . » 118
43. Prolasso della parete vaginale posteriore con rettocele ed enterocele . » 119
44. Pessario a leva dell'autore per il prolasso . . . . » 124
45. Pessario a leva per prolasso in sito. » 125
46. Pessario di Zwancke modificato da Godson . . . . » 127
47. Pessario a coppa ed asta . . . . . » 128
48. Pessario di Cutter, per prolasso in sito » 129
49. Operazione per la reintegrazione del perineo . . . . » 132
50. Operazione di colporrafia posteriore. » 135

51. Modo di far le suture dopo l'amputazione della porzione vaginale del collo . . . . Pag. 156
52. Strumento di Barnes per introdurre i tamponi . . . . » 165
53. Lacerazione bilaterale ed ettropio del collo . . . . » 182
54. Erosione semplice del collo . . . » 183
55. Siringa di Higginson . . . . . . » 186
56. Irrigatore a fontana. . . . . . . » 187
57. Irrigatore a sifone . . . . » ivi
58. Siringa vaginale per le lozioni . . » 189
59. Specillo di Playfair . . . . » 192
60. Cucchiaio di Sims. . . . . » 194
61. Lacerazione del collo dopo piazzate le suture . . . . » 195
62. Strumento di Aveling per stringere ed annodare i fili delle suture. . . » 196
63. Canula per medicatura intrauterina. » 212
64. Cucchiaio a sega di Thomas . . . » 233
65. Stringi-nodo di Koeberle . . . . » 237
66. Spillo colle guardie alle punte. . . » 238
67. Schiacciatoio di Hicks . . . . . . » 241
68. Cancro del collo dell'utero nel suo inizio. . . . . » 254
69. Cucchiaio di Simon . . . . » 257
70. Caratteri microscopici dei liquidi ovarici . . . . » 298
71. Tre quarti di Spencer Wells per ovariotomia . . . . » 312
72. Pinzetta di Nelaton per le cisti . . » 313
73. Tubo a drenaggio di Keith per ovariotomia . . . . » 315
74. Ematocele retrouterino . . . . . » 347
75. Speculum dilatatore dell' uretra, di Bryant . . . . » 363
76. Operazione per la rottura completa del perineo . . . . » 367
77. Dilatatore vaginale di Sims . . . » 393

MALATTIE DELLE DONNE

CAPITOLO I.

MEZZI DI DIAGNOSI FISICA

Riscontro vaginale ed esame bimanuale (1). — Ogni qualvolta si creda necessaria un'investigazione locale, il mezzo d'esplorazione, a cui nel maggior numero de'casi bisogna ricorrere pel primo, è il riscontro vaginale, praticato o col solo dito indice, oppure con l'indice ed il medio della mano sia destra che sinistra. È mestieri però che il riscontro sia costantemente combinato col palpamento dell'addome fatto con l'altra mano situata esternamente su' pubi, senza di che una gravidanza inoltrata e tumori anche voluminosi posson rimanere inosservati. Di grande importanza è la posizione da far prendere alla paziente. Nel Continente ed in America si adotta generalmente la posizione dorsale, mentre in Inghilterra è più comunemente scelta la laterale sinistra. Ciascuna posizione ha i suoi vantaggi. La laterale sinistra, combinata con l'introduzione in vagina dell'indice destro, presenta lo svantaggio che la faccia sensitiva palmare del dito può esser rivolta soltanto

(1) L'*esame bimanuale* corrisponde alla nostra *esplorazione combinata*, ma credo più propria l'espressione inglese.

verso le pareti posteriore e laterali della vagina, e non verso la parete anteriore, ch'è la più importante ad esplorare. Presenta inoltre un inconveniente ancora maggiore, ed è di rendere di niun effetto utile l'esame bimanuale. Dall' altra parte la posizione laterale permette al perineo d' essere completamente retratto, in modo che il dito può esplorare più profondamente il cul di sacco posteriore della vagina e la porzione posteriore della pelvi, trovandosi la sua superficie flessoria nella più conveniente direzione per questo scopo. In conclusione la posizione dorsale è sempre la prima ad adottarsi, ma è bene che in seguito per completare l'esplorazione si faccia prendere all'inferma una delle due posizioni laterali, la sinistra, se pel riscontro si adopera la mano destra, e viceversa.

Alcuni preferiscono introdurre in vagina uno o due dita della mano sinistra, mentre l'inferma è in posizione laterale sinistra. È una manovra questa abbastanza favorevole per praticare l'esame bimanuale, ma presenta un duplice inconveniente: 1° è necessario che l' inferma sia situata in certo modo trasversalmente sul letto; 2.° le superficie flessorie delle dita non possono esser convenientemente rivolte ad esaminare la metà posteriore della pelvi senza cambiar mano.

Per l'esame in posizione dorsale l'inferma dev'essere adagiata su d' un materasso duro situato in modo che stia perfettamente fermo ed orizzontale, la testa poggiata su d' un cuscino piuttosto basso, le ginocchia flesse ed abdotte. Dorsale o laterale che sia la posizione, se le vesti dell' inferma non sono abbastanza larghe si arrovesciano sulle ginocchia, nel qual caso bisogna aver a portata di mano uno scialle, per coprirnela quand'occorra. Così disposte le cose, si passa la mano esploratrice per disotto la coscia, e l'indice già spalmato con una sostanza grassa (1)

(1) Si può usare all'uopo l'olio fenicato, ma torna più utile un miscuglio a caldo di olio d'eucalipto, parafina e vaselina. Ha sull'altro il vantaggio di non gocciolare.

viene introdotto nella vulva da dietro in avanti, dopo avergli fatto cercare il perineo come punto di ricognizione. Questa è la maniera più sollecita di trovare l'orifizio vaginale, e si evita inoltre con questo metodo qualunque fregamento contro la clitoride e le ninfe. Le rimanenti dita si flettono sulla palma, ricordando che, quanto maggiore è la loro flessione, tanto più oltre può spingersi il dito esploratore. Nella gran maggioranza de' casi è preferibile adoperar dapprima il solo dito indice. Quando si adoperano due dita, lo spasmo vaginale che si eccita compensa ad usura qualunque vantaggio si possa avere dal di più di lunghezza del dito medio. Nondimeno, trattandosi di donna che ha avuto figli, e la di cui vagina è abbastanza ampia, è vantaggioso adoperar due dita, specialmente per apprezzare mediante l'esame bimanuale il volume e la mobilità dell'utero.

A misura che il dito esploratore s' inoltra verso la parte superiore della vagina, esso constata lo stato più o meno pervio e l'ampiezza di questo canale, non che le condizioni della sua mucosa, se, cioè, è o no normale quanto a morbidezza, umidità e temperatura. Di qualunque sensibilità anormale o spasmo dell'orifizio della vulva vien preso nota nel momento in cui s' introduce il dito, come pure di qualunque condizione anormale del perineo o della stessa vulva, come lacerazioni, presenza di condilomi ecc. Si esamina quindi il collo dell' utero in rapporto a volume, durezza, posizione e direzione; l' orifizio in rapporto ad ampiezza, regolarità, uniformità di superficie e consistenza dei suoi bordi; infine si esamina la secrezione in rapporto a quantità ed a densità.

Per renderci conto della posizione e del volume del corpo dell'utero, pratichiamo l'esame bimanuale. Allo stato di vacuità ed in condizioni normali il corpo dell'utero nulla lascia osservare attraverso il cul di sacco posteriore della vagina, pure una parte di esso, quella che sta di fronte al collo, può esser raggiunta dal dito. Per l'esame bimanuale le dita della

mano sinistra (o della destra, quando l' osservatore sta a sinistra della paziente) passate al disotto delle vesti e poggiate sull' addome debbono premere in modo d'approfondirsi quanto è possibile nelle pareti addominali e spingere il fondo dell' utero in basso ed in avanti (Fig. 1, pag. 4). Esse però non debbono esser applicate troppo vicine a' pubi, poichè in tal caso il fondo dell'utero può essere spinto indietro invece che in avanti. La manovra viene agevolata, se nel contempo il dito che si trova in vagina spinge il collo indietro. Per tal guisa l' utero viene a subire un certo grado d' anteversione, esso può venir fermamente compreso fra le dita di tutte e due le mani, e si può così non solo apprezzarne molto esattamente il volume e la forma, ma constatare altresì ogni irregolarità, o prominenza sulla sua superficie.

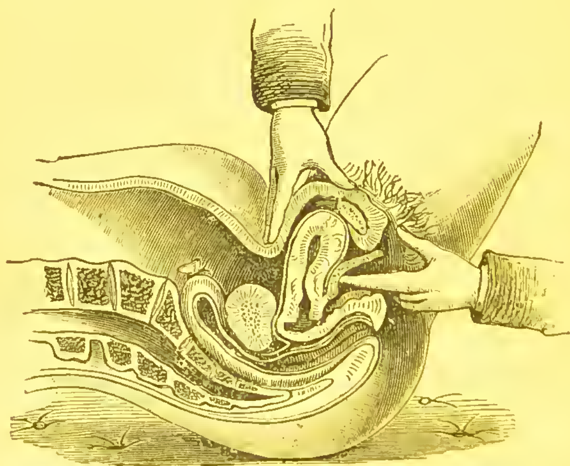


Fig. 1. — Metodo d'Esame Bimanuale (Secondo SIMS).

Condizione essenziale per la esecuzione di questa manovra è che si ottenga il massimo rilasciamento possibile de'muscoli addominali, facendo guardar in alto la paziente, mentre la sua testa rimane sempre poggiata sul cuscino, e cercando di distrarne l'attenzione

conversando seco lei. È bene procurar di farle fare delle profonde inspirazioni, e profittare poi del tempo che dura l'espirazione per approfondire sempre più la mano allo esterno, beninteso senza produrle dolore. È necessario inoltre che la vescica sia vuota o quasi. In generale non è difficile il riconoscere il tumore formato da una vescica ripiena, ma in casi di diagnosi importanti e non facili è bene, sempre che il fondo dell'utero non siasi potuto comprendere tra le dita delle due mani fin dal principio, fare il cateterismo e così assicurarsi della completa vacuità della vescica. Se il fondo dell'utero non si trova nella sua posizione normale, allora le dita che sono applicate sull'addome posson esser portate ancora più giù, fino ad esser quasi in contatto con quello che è in vagina. Ne'casi d'inferme di temperamento nervoso o di pertinace rigidità de' muscoli addominali, talvolta per trarre tutto il voluto profitto dall'esame bimanuale, bisogna amministrare un anestetico. Un altr'ostacolo può esser opposto da un pannicolo adiposo molto abbondante. Ma anche in questi casi, in cui l'utero non si palpa, è quasi sempre possibile apprezzarne approssimativamente il volume e la posizione, osservando fino a quale livello nell'ambito dell'addome al dito applicato sul collo dell'utero può essere trasmesso un urto dal difuori.

Mentre l'utero è in tal modo bilanciato tra le due mani dell'osservatore, è facile apprezzare la mobilità del collo e di tutto l'organo verso sopra, verso sotto e lateralmente. In pari tempo si tien conto di ogni sensibilità anormale dovuta o a pressione sul fondo o sul collo, oppure a cambiamenti di posizione. L'osservatore lascia allora l'utero, ed esplora nello stesso modo tutto il resto della pelvi. Mentre il dito che sta all'interno esplora profondamente la parete anteriore e il cul di sacco della vagina, cercando se vi siano tumori o qualunque anormale aumento o diminuzione di resistenza, la mano che sta all'esterno cerca in pari tempo di circoscrivere i limiti e constatare il volume, la forma, la consistenza e la

mobilità di ogni tumore, di cui l'esame bimanuale gli abbia rivelata l'esistenza. Seguendo fedelmente queste norme, ed essendo ben condotta la manovra, è quasi impossibile che sfugga all'attenzione dell'osservatore ogni benchè piccolo tumore. V'ha però de' casi, in cui si richiede il concorso del *tactus eruditus* dell'osservatore, e ciò quando si tratta di apprezzare leggiere deviazioni dal normale della mobilità dell'utero e della resistenza delle parti circostanti, deviazioni dal normale, che possono essere le sole vestigia d'infiammazioni pregresse. Così può aver molto valore una piccola differenza di resistenza ne'due cul di sacco laterali, oppure una deviazione del collo, del fondo o di tutto l'utero verso d'un lato dovuta a retrazione di prodotto infiammatorio antico. Nelle donne non pingui, quando le pareti addominali non sono molto tese, le ovaie, se sono nella loro posizione normale, possono essere comprese fra le dita delle due mani in un punto tra il fondo dell'utero e la cresta iliaca, distante dal primo circa un pollice e mezzo. L'ovaia destra e la metà destra della pelvi vanno meglio esplorate, introducendo in vagina l'indice destro, l'ovaia sinistra e la metà sinistra della pelvi, introducendovi l'indice sinistro.

In ultimo la paziente può esser situata in posizione laterale sinistra, con la testa e le spalle abbassate, le ginocchia portate quanto è possibile verso l'addome e le natiche vicino la sponda del letto. In tale posizione la porzione posteriore della pelvi può essere profondamente esplorata dall'indice della mano destra, e questo metodo è molto proficuo, quando si tratta di constatare un leggiero prolasso d'ovario, o un piccolo tumore dietro l'utero. Il Ginecologo del resto dev'esser abituato a servirsi con egual facilità di ciascuna delle due mani in qualunque posizione, per modo che in casi gravi la paziente non abbia ad esser disturbata senza necessità.

Palpamento Addominale combinato con la Percussione e con l'Ascoltazione. — In molti casi del palpamento dell'addome si fa a meno. Spesso l'esa-

me bimanuale basta ad assicurare che non esistono tumori o altre condizioni, sulle quali il palpamento potrebbe fare maggior luce, e così, se l'inferma è vestita, si ovvia alla necessità di scoprirle l'addome. Se nondimeno la storia del caso lascia intravedere la possibilità che o un tumore o gravidanza esista, allora è conveniente cominciare l'esplorazione appunto col palpamento. E se l'esame bimanuale ha rivelato l'esistenza di un tumore qualunque o di un notevole ingrandimento dell'utero, l'esame ulteriore è necessario per apprezzare la forma, il volume, la consistenza e le possibili aderenze dell'uno o dell'altro. Il palpamento può praticarsi attraverso un sottile indumento, ma spesso è necessario di fare anche l'ispezione ed osservare lo stato della pelle, quello delle vene, non che qualunque linea pigmentata sull'addome. La percussione e l'ascoltazione non debbono andare mai disgiunte dal palpamento.



Fig. 2 — Uterine Sound.

Esplorazione con la sonda uterina. — La sonda uterina è una bacchetta metallica graduata ad intervalli di un pollice ciascuno (Fig. 2), in modo che se nel ritirarla si tien fisso il dito sul punto che corrispondeva all'orifizio dell'utero, la distanza, alla quale la sonda è giunta dentro l'utero, può esser immediatamente valutata per mezzo delle cifre che vi son segnate. Negli ultimi tre o quattro pollici della sua lunghezza la sonda è più sottile, in modo che in quella porzione essa può subire ogni necessario incurvamento, rimanendo però sempre abba-

stanza solida per conservare la sua forma mentre viene introdotta, e per esser adoperata in caso di bisogno a ricondurre l'utero al suo posto. Per conciliare nel miglior modo la solidità e la pieghevolezza dello strumento, esso dev'esser fatto di rame puro inargentato. L'estremità dev'essere ottusa e leggermente bulbosa, del diametro di circa 3 millimetri e mezzo per gli usi ordinarii, tale, cioè, che passi pel foro nº 9 della filiera francese. Ma in casi di stenosi del canale cervicale è necessario che il diametro ne sia $_1/^{10}$ od $_1/^{12}$ di pollice, cioè circa 2 millimetri e mezzo.

Per adoperar la sonda, la paziente si fa decombere sul lato sinistro, con le natiche vicine alla sponda del letto e le ginocchia ripiegate quanto è possibile sull'addome. Vi sono due metodi di tenere la sonda, mentre viene introdotta. Uno, ed è quello che noi raccomandiamo, consiste nell'introdurre in vagina l'indice della mano destra, situarlo in corrispondenza dell'orifizio uterino e sulla sua guida introdurre la sonda sostenuta il più dolcemente possibile pel suo manico tra il pollice ed uno o due altre dita della mano sinistra, in modo che il corpo della sonda viene a trovarsi tra il pollice e l'indice della mano destra, come si vede nella seguente Figura 3.

Se la vagina è discretamente ampia, e l'orifizio conserva la sua direzione normale, la concavità della sonda deve esser rivolta fin dal principio in avanti. In sulle prime il manico dev'esser tenuto possibilmente in avanti e vicino alle cosce della paziente, e in questa posizione è ben facile guidarne la punta, lungo il dito introdotto in vagina, fino all'orifizio, insinuarla dolcemente nel canale cervicale, e portandola così insino al fondo dell'utero, mentre in pari tempo il manico vien gradatamente portato verso dietro. Nondimeno, se l'orifizio vaginale è stretto, ed il perineo non cedevole, come è il caso nelle vergini, oppure se col riscontro vaginale si sia constatato che l'orifizio dell'utero, invece di corrispondere approssimativamente all'asse del distretto superiore del bacino come fa in condizioni normali,

guarda in avanti, è più conveniente, tenendo la sonda sempre nell'istessa maniera, dirigerne la concavità

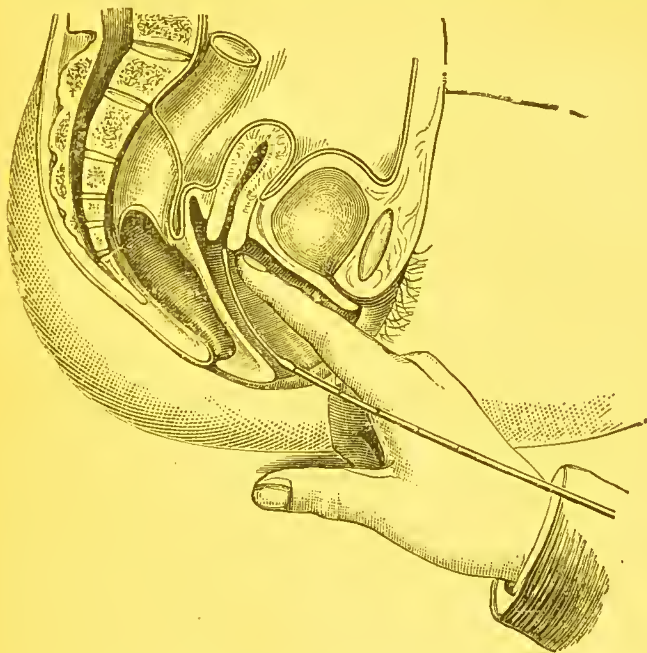


Fig. 3. — Modo d'introdurre la sonda.

prima indietro. Appena ha oltrepassato senza inciampo il canale vaginale nel primo caso, oppure, nel secondo caso, appena è riuscita ad occupare un certo tratto del canale cervicale, bisogna farle cambiare direzione facendo descrivere al manico un largo semicerchio, in modo che il corpo della sonda descriva un mezzo cono, mentre la sua punta rimane immobile, ma la sua porzione terminale di due pollici e mezzo ruota quasi sul proprio asse. Questa manovra rassomiglia al *tour de maitre* del chirurgo nel fare il cateterismo nell' uomo, ed è precisamente l' inverso di quanto si pratica nell' introdurre la sonda in un utero retroflesso (ved. Fig. 31, pag. 89).

La sonda d' ordinario è costruita con una sporgenza sul lato convesso, a 2 pollici e mezzo di distanza dall'estremità, e questa sporgenza indica il

punto che normalmente corrisponde alla faccia esterna dell'orifizio. A quelli però, che nell'introdurre la sonda seguono il metodo da noi descritto, consigliamo di adoperare una sonda fornita di un piccolo anello leggermente prominente, sicchè invece d'una sporgenza unilaterale, che il dito introdotto in vagina può spesso non avvertire, si avrebbe una sporgenza circolare, che può essere prontamente avvertita in ambo i lati. È bene inoltre che i gradi sieno segnati sul lato concavo, anzichè sul lato convesso della sonda (fig. 2).

Nel secondo metodo d'introdurre la sonda si introducono in vagina uno o due dita della mano sinistra, e si situano in corrispondenza dell'orifizio uterino, mentre la mano destra tiene il manico della sonda, e con la concavità rivolta in avanti ne introduce la punta nel canale cervicale. L'inconveniente di questo metodo è, che esso non può eseguirsi, a meno che la paziente non sia situata col tronco trasversalmente sul letto, al che è spesso ben difficile indurla. Qualunque sia il metodo, il Ginecologo dev'esser atto a servirsi con egual destrezza dell'altra mano, facendo decombere l'inferma sul lato opposto. La sonda del resto non dev'esser adoperata come un oggetto da rotina in ogni caso, ma solo quando è verosimile che fornisca utili criterii, o almeno chiarisca qualche punto rimasto fin allora incerto. Ordinariamente l'uso della sonda dev'esser proscritto in casi di carcinoma, d'infiammazione uterina o periuterina, massime di peritonite, oppure quando vi è sospetto di gravidanza, purchè però in quest'ultimo caso la diagnosi non sia di tale suprema importanza, che giustifichi il rischio di provocare l'aborto. Anche nelle infiammazioni croniche periuterine la sonda dev'essere adoperata solo eccezionalmente e con gran cautela. In tutti i casi poi bisogna prima constatare, per quanto è possibile, la direzione della cavità uterina per mezzo dell'esame bimanuale, e prima d'esser introdotta la sonda deve esser riscaldata, acciò, fredda, non ecciti spasmo del

collo dell'utero. Ove mai si sia trovato l'utero in forte grado di flessione, s'incurva prima la sonda per quanto si suppone richiesto dalla circostanza, e se ne rivolge poi la concavità dove meglio si stima opportuno.

L'uso della sonda si propone:

1° *Misurare la lunghezza della cavità uterina.* Incontrando degli ostacoli, essi vengon sormontati, o cambiando direzione alla punta, oppure esercitando molto dolce e prolungata pressione, alla quale ogni spasmo muscolare temporaneo finirà gradatamente per cedere. Giova ricordare che un leggiero intoppo d'ordinario non manca mai di trovarsi nell' orifizio interno, e la punta della sonda spesso si arresta là a causa di flessione, o, ciò ch'è molto più raro, a causa di stenosi. Il passaggio della sonda attraverso l'orifizio interno è quasi sempre alquanto doloroso, e, spesso un dolore improvviso indica il momento in cui la punta di essa ha raggiunto il fondo, ch'è la parte più sensibile dell'utero, e può divenirlo ad un grado eccessivo per metrite o endometrite del corpo dell'utero.

2° *Constatarne la direzione ed il corso.* A questo riguardo i dati, che posson ricavarsi dall'uso della sonda, sono altrettanto positivi quanto quelli che può fornire un'autopsia; ed è controllando per mezzo di essa i risultati del riscontro vaginale e dell'esame bimanuale, che il Ginecologo diventa meglio atto ad acquistare il tanto necessario *tactus eruditus.* Le condizioni, in cui quest'indicazione ha la massima importanza, son quelle di tumori in vicinanza dell'utero, che possono essere scambiati pel suo fondo, quando l'utero si trova circondato da essudato, sicchè non se ne può riconoscere la posizione col palpamento, o infine quando è deformato da fibroidi o altri tumori allogati nella massa de'suoi tessuti.

3° *Valutare la permeabilità e l'ampiezza del canale uterino.* Del modo di compiere quest' indicazione ci occuperemo nel trattare della stenosi del collo.

Criterii molto utili fornisce la sonda riguardo alla

sensibilità della superficie interna dell'utero nelle sue diverse parti, ma si richiede gran cautela nell' usarla per questo scopo. Dippiù essa *decide della presenza o assenza d'ogni corpo estraneo,* come un uovo ritenuto, un polipo o un altro qualunque tumore nel cavo uterino, determinandone i rapporti. A constatare la mobilità dell'utero basta d'ordinario l'esame bimanuale, ma la sonda è molto vantaggiosamente adoperata per determinare quanto intime sieno le sue connessioni con un tumore ovarico o altro tumore. In caso di fissità per sole aderenze infiammatorie, l' uso della sonda come scandaglio di mobilità non è immune da pericolo, e in simili casi gli altri mezzi sono d'ordinario sufficienti.

L' uso della sonda combinato col palpamento è qualche volta di gran valore, specie quando il corpo dell'utero non può esser circoscritto col solo esame bimanuale, o quando è necessario distinguerlo da altre masse esistenti nell' addome e definire le sue connessioni con le medesime. All' uopo molto opportunamente può adoperarsi la mano destra pel palpamento e la sinistra per tenere il manico della sonda, mentre la paziente decombe sul lato sinistro. Nondimeno in alcuni casi difficili è preferibile situarla in posizione dorsale. Imprimendo al manico della sonda un leggiero movimento di rotazione, la mano esterna che palpa percepisce il movimento comunicato al fondo dell' utero, ed osserva in pari tempo, se mai altre masse nell'addome si muovano o no insieme con l'utero.

Che la massima dolcezza sia necessaria nell'introdurre la sonda è dimostrato dal fatto, che non di rado si è con essa perforato un utero non troppo resistente, in modo da lasciar sentire la punta sotto la parete addominale. In alcuni casi ha potuto forse passare attraverso una tromba dilatata, ma non vi ha dubbio che più di frequente essa ha perforato la parete uterina, e talune volte ha lasciato un' apertura, attraverso la quale ha potuto passare ripetutamente. Nella massima parte di simili casi non

si son deplorate serie conseguenze, ma non è certamente un'emergenza da esser creduta affatto esente da pericolo, e molto facilmente si verifica, quando l'utero è rammollito in seguito al parto o all'aborto, o per presenza di cancro, o infine quando le sue pareti sono estremamente assottigliate per superinvoluzione.

Dell'uso della sonda, per ricondurre l'utero al suo posto, tratteremo nel capitolo degli spostamenti di quest'organo.

Il D.r Marion Sims, seguito dal D.r Thomas e da altri in America, raccomanda come meno pericoloso della sonda lo specillo uterino, il quale è un po' più grande degli ordinarii specilli chirurgici, ed è completamente pieghevole essendo fatto di argento o di rame puro. Lo specillo viene adoperato attraverso uno specolo di Sims, ed il Ginecologo gli dà la curva che corrisponde secondo lui a quella del canale uterino, mantenendola inalterata, in caso di necessità, finchè lo specillo passa, senza impiegare la minima forza. L'inconveniente di questo metodo è, che l'introduzione dello speculum può modificare illimitatamente la posizione dell'utero e rendere quindi fallace il risultato dell'esplorazione. Pure vi ha de' casi di flessione, in cui è molto difficile che la sonda passi, e ne'quali l'operatore può trarre gran profitto dal sollevare per mezzo del suo dito il fondo dell'utero in alto, e così ottenere il parziale raddrizzamento di tutto l'organo, non mancando però di tenere nel dovuto conto lo spostamento per tal modo prodotto. Questo profitto viene ad essere annullato dall'introduzione dello specolo, benchè vi sia pure un certo compenso nel fatto, che il collo può essere tirato in basso o in avanti la mercè d'un tenacolo. Le dimensioni della vulva rendon troppo limitati i movimenti del manico dello specillo, per concedergli di passare attraverso uno specolo in caso di estrema flessione che rimane non ridotta, mentre una sonda regolarmente fatta può subire ogni desiderabile incurvamento. In ultimo, quando la

vulva è affatto stretta, specie in caso di una vergine, l'uso della sonda affidata ad un'abile mano reca d'ordinario assai minor disturbo che non l'introduzione dello speculum del D.r Sims.

Riscontro Rettale. — In casi di tumori o d'inspessimenti infiammatorii, che han sede dietro dell'utero, il riscontro rettale è spesso il più utile fra i mezzi d'esplorazione. Il dito esploratore può spingersi pel retto ad un più alto livello che non per la vagina; le dimensioni d'ogni massa, o tumore che sia, e i suoi rapporti col setto retto vaginale e con la parete posteriore della pelvi possono essere accuratamente determinati, e bene spesso si riesce anche a constatare la posizione e lo stato delle ovaie. La inferma può esser situata in posizione dorsale, e il riscontro può esser combinato col palpamento, ma per esplorare le pareti posteriori e laterali del retto è preferibile la posizione laterale. A rendere meno molesta l'introduzione del dito, è utile invitare la donna a contrarre i suoi muscoli come se dovesse defecare. Trattandosi di vergini con un meato imenale molto angusto, il riscontro rettale può rimpiazzare quello vaginale per constatare le condizioni dell'utero, ma pur troppo il primo riesce molto più rincrescevole del secondo. Una persona inesperta può provare un certo imbarazzo nel riconoscere il collo dell'utero attraverso la parete del retto; ma se, mentre l'indice è introdotto nel retto, s'introduce il pollice della stessa mano in vagina, essendo l'inferma in posizione dorsale, allora le sensazioni percepite dalle due dita si associano, e la difficoltà vien di molto menomata. L'utero può inoltre esser compreso tra il pollice introdotto in vagina ed uno o due altre dita introdotte nel retto, se in pari tempo il fondo n'è spinto in basso dall'altra mano applicata sull'addome. L'esplorazione rettale può esser combinata con l'introduzione della sonda nell'utero per determinare i rapporti con quest'organo di tumori retrouterini; può anche esser combinata con l'introduzione d'una sonda in vescica, in caso di assenza

o atresia dell' utero o della vagina, oppure per distinguere un polipo dall'inversione dell'utero.

Il metodo introdotto dal Professore Simon ha di molto allargato lo scopo dell' esplorazione rettale, e questo metodo consiste nell'anestesiare la paziente ed introdurre nel retto quattro dita o tutta la mano, e in caso di necessità anche una parte dell'avambraccio. Due o tre dita possono essere spinte fino al principio dell'*S* iliaca, ed è per tal modo possibile di giungere fino a livello della porzione inferiore de'reni. Un tal metodo, quando è praticato nella sua completa estensione, non va esente da pericoli, e talvolta ha prodotto conseguenze fatali. È a desiderarsi quindi che vi si ricorra, solo quando si tratta di stabilire una diagnosi molto importante riguardo alla natura ed ai rapporti d' un tumore.

Speciali espedienti sono stati messi in campo in casi difficili, specie nel dover determinare i rapporti d'un tumore, per agevolare la combinazione del doppio riscontro con l'esame bimanuale. Così, se la vagina non è sufficientemente ampia, può essere dilatata artificialmente. Un altro espediente è di situare l'inferma in posizione laterale sinistra, afferrare il collo dell'utero con una pinzetta a tenacolo e tirarlo quanto è possibile in giù senza far molta forza. Affidando quindi ad un assistente i manichi della pinzetta, introdurre nel retto uno o due dita della mano sinistra, mentre la mano destra applicata sull'addome aiuta a spingere in basso il fondo, sempre che alcun tumore non vi si opponga. In tal modo il peduncolo di un tumore o una briglia d' adesione può venir compresa tra le due mani. Le dita nel retto possono giungere a livello del fondo dell' utero, in modo che ogni anormalità di sviluppo può esser apprezzata. Il D.r Hegar, il quale raccomanda specialmente questo metodo, si serve d'una pinzetta semplice con una specie d' uncino nel manico per tirar giù il collo. La pinzetta tenacolo (Figura 4) offre una presa più sicura, introducendone nel canale cervicale la branca più piccola. L' aneste-

sia della paziente è d' ordinario necessaria per eseguire simili manovre.



Fig. 4. — Pinzetta a tenacolo uterina.

Esplorazione della Vescica. — In ogni esame ginecologico può esser necessario vuotar la vescica per mezzo d' un catetere, o introdurre una sonda vescicale per osservare se l' utero è nella sua posizione normale tra la sonda ed un dito nel retto. È mestieri che lo studente si addestri ad eseguire ciascuna di queste operazioni. D' ordinario un catetere maschio di gomma elastica può essere adoperato con lo stesso vantaggio che un catetere femina d'argento, avendo cura però di non spingere lo strumento tropp' oltre nella vescica, per non correre il rischio d'offenderne la parete superiore. Nondimeno in alcuni casi, quando l' uretra è storta, come avviene per presenza di tumori, il catetere metallico offre il vantaggio di poter, rigido com'è, esser diretto con una precisione maggiore. L' uso del catetere, massime se frequentemente ripetuto, è sempre soggetto a produrre una cistite, ed uno degli elementi che producono simile risultato par che sia l'immissione in vescica di germi di materiale settico per mezzo del catetere. Bisogna aver dunque molta cura che il catetere sia perfettamente pulito e disinfettato con acido fenico o altra sostanza antisettica, prima d'esser adoperato. Un'altra precauzione da consigliare è di spalmarlo con una sostanza grassa che può esser vaselina all' eucalipto, oppure olio fenicato, quest' ultimo non in troppa quantità e nella proporzione del 5 per 100.

Cateterismo. — Per l'introduzione del catetere l'in-

ferma va situata in posizione dorsale con le ginocchia flesse. Al catetere può essere adattato un lungo tubo di gomma elastica, per mezzo del quale si raccoglie l' urina in un vaso sotto il letto. Ma è d' ordinario preferibile aver a portata di mano un piccolo pitale, poichè così può vedersi subito quando l'urina comincia a fuoriuscire, e dedurne che il catetere non ha bisogno di essere spinto più oltre. Il catetere da adoperare dev' essere fra il n° 10 ed il n° 12, e per tal modo si evita più agevolmente di farne capitare la punta in qualche depressione della mucosa. La guida per trovare il meato è l'apice dell'arco de'pubi. Supponendo che il Ginecologo stia al lato destro della paziente, egli passa la mano destra sotto la coscia di lei, e con la sinistra tiene il catetere al di sopra della coscia. Allora con l' indice della mano destra egli trova anzitutto il perineo; portandolo poi da dietro in avanti ne introduce la punta nell' orifizio della vagina, oppure in quella parte dell'orifizio che non è occupata dall'imene, se esiste. Appoggiando allora il dito contro l'apice dell' arco pubico, può avvertire la presenza come d' una corda, ch' è precisamente l' uretra. La punta del dito poi si porta verso l' estremo di questa corda, ed ivi, di rimpetto, essa trova l'orifizio dell'uretra. Trovato l' orifizio uretrale, vi si dirige la punta del catetere tenuto ancora dalla mano sinistra. Ove mai la porzione superiore dell' uretra o collo della vescica sia spinta in avanti al di sopra dei pubi, come può avvenire per un tumore o per la presenza della testa d'un feto, è spesso utile, a misura che il catetere s' inoltra, dirigerne la punta in alto per mezzo del dito introdotto in vagina.

Esplorazione Digitale della Vescica. — La superficie anteriore dell'utero e delle ovaie, come pure d'ogni tumore che vi sia connesso, può esser immediatamente raggiunta introducendo il dito nella vescica dopo una rapida dilatazione dell' uretra. All'uopo non v' è strumento più utile dello speculum dilatatore dell' uretra di Bryant (Fig. 76). Si ammi-

nistra un anestetico, e quindi si dilata l'uretra col dilatatore, infino a che vi possa passare prima il dito mignolo e poi l'indice. In casi di necessità l'incisione superficiale dei margini del meato rappresenta il primo passo. Può darsi il caso d'una cistite esistente da lungo tempo, da cui sia derivata incontinenza d'urina. In simile contingenza la dilatazione dell'uretra ha per iscopo di agevolare una diagnosi di grande importanza, per quanto riguarda le condizioni dell'utero. Più spesso si ricorre a questa manovra per constatare delle escrescenze o altri stati morbosi della vescica. Ordinariamente non vi è mai incontinenza, se l'uretra non è dilatata al di là delle dimensioni d'un dito indice di media grossezza.

Lo Speculum. — L'uso dello speculum è meno importante come mezzo di diagnosi che come mezzo per facilitare l'applicazione di rimedii e l'introduzione di strumenti, come nell'operazione per la cura delle fistole. Nelle diagnosi esso serve principalmente a far osservare l'aspetto del collo, massime quanto a presenza di erosioni, la natura e la quantità della secrezione che fluisce dall'orifizio, e infine lo stato delle pareti della vagina. Fra le numerose varietà di specoli, solo quattro hanno un valore speciale, e ciascuna di queste quattro varietà ha tali meriti distintivi, che almeno di tre di esse il Ginecologo non deve essere sprovvisto.

Speculum tubulare di Ferguson.— È lo speculum che concentra la massima quantità di luce sull'orifizio dell'utero, e che d'ordinario rende prontamente visibile il collo. Esso è fatto di vetro inargentato all'interno con un estremo tagliato a sghembo come un becco di clarino, e l'altro, che sarebbe il concentratore de' raggi luminosi, conformato a mo' del padiglione d'una tromba. Ha inoltre il vantaggio di poter esser sollecitamente pulito, e di non esser attaccato dagli acidi o da altri liquidi, mentre i suoi fianchi proteggono la vagina contro l'urto degli strumenti, e dippiù una quantità considerevole di liqui-

do può scorrere attraverso di esso. L'inconveniente della fragilità può esser in grandissima parte ovviato, facendolo di vetro arrotato e molto resistente.



Fig. 5. — Speculum di Ferguson.

Per l'introduzione dello speculum cilindrico, in Inghilterra si suole più comunemente situar l'inferma in posizione laterale , o , ciò ch'è meglio , in semipronazione. Questa pratica è vantaggiosa per riguardo a delicatezza verso la donna, ma presenta l'inconveniente di richiedere la luce quasi orizzontalmente, ciò che non si ottiene facilmente in una camera a pian terreno; e dippiù le gambe , i piedi e le vesti della paziente impediscono che la luce sia tutta quanta utilizzata. La posizione dorsale ha invece il gran vantaggio, che per legge di gravità l'asse dell'utero tende a mettersi con maggiore approssimazione in coincidenza con l'asse della vagina e facilita così l'esame visuale dell' orifizio uterino. La posizione dorsale quindi è sempre da preferire, quando sia molto difficile metter in vista l'orifizio , massime quando tale difficoltà dipenda da anteversione dell'utero.

Che se invece l'utero è retroverso, allora la posizione laterale spesso risponde meglio, poichè il becco dello speculum può essere allora più facilmente diretto in avanti per trovare il collo. Si constata dapprima col dito indice la posizione e la direzione del collo; indi con due dita si separano le labbra, e con l'altra mano s'introduce lo speculum, spingendolo prima gradatamente indietro, evitando ogni pres-

sione che potrebbe recar dolore, e regolando infine la direzione dello strumento secondo la posizione del collo precedentemente constatata. Se l'orifizio non è a tutta prima visibile, lo speculum si ritira un tantino indietro, e poi si spinge nuovamente in un' altra direzione. Non di rado, quando l' utero si trova in anteversione, avviene che non si vede tutta la circonferenza dell'orifizio, ma solo il suo bordo anteriore e la superficie anteriore del collo. Questa difficoltà può venir sormontata coll' imprimere allo speculum un movimento di rotazione, infino a tanto che la parte più lunga del suo becco non diviene anteriore, e in questa posizione essa tende a spingere in alto il fondo dell'utero. Un altro metodo consiste nel tirare l'orifizio verso il centro del campo d'esplorazione mediante un uncino a tenacolo, oppure la mercè della sonda introdotta nella cervice. Se così non si riesce, allora val meglio ricorrere allo speculum bivalve o di Sims.

D'ordinario lo speculum di Ferguson ha una lunghezza di sei pollici, e quando si ha che fare con donne molto pingui o in casi di vagina molto lunga, lo speculum si fa più lungo. Per molti riguardi però uno speculum di Ferguson corto e di completa misura quanto a diametro presenta più vantaggi d'uno più lungo, ed è bene esserne provvisti. La lunghezza dello speculum più corto non deve oltrepassare i 4 pollici nel suo lato più lungo e 3 pollici ed 1|8 nel suo lato più corto, l'inclinazione dell'estremo a becco dev'esser meno obliqua, e il diametro esterno di circa un pollice e mezzo. L'estremo esterno infine, invece d'esser fatto a padiglione di tromba, avrà solo una moderata apertura. Due sono i vantaggi che si hanno dall'uso di questo speculum. In prima esso permette che ogni punto della cervice sia accessibile allo sguardo ed agli strumenti, e questo è molto utile per guidare il bisturi e l'ago fino alle glandole cervicali, le quali son più prestamente sentite, anzichè vedute. In secondo luogo esso, dilatando lateralmente la vagina, facilita l' approssimarsi del collo verso l' apertura

esterna, invece di spingerlo in altra direzione, e per tal modo uno specillo per medicazioni nell'interno dell'utero può essere più facilmente introdotto che non con uno speculum più lungo. Questo però può farsi con miglior successo mediante lo speculum di Sims, ma su questo il corto speculum di Ferguson ha il vantaggio di non rendere necessario alcun assistente.

Riguardo a luce, quella del giorno è di gran lunga superiore a qualunque altra, e se l'inferma è situata in posizione dorsale, una luce discendente, che faccia con l'orizzonte un angolo di non più che 45°, risponde a meraviglia. Non potendo aversi luce diretta, spesso si adopera uno specchio concavo, simile allo specchio di un laringoscopio, avente una larga apertura centrale tagliata attraverso tutta la spessezza del vetro e montato su d'un manico. Questo specchio può servire a riflettere sia la luce naturale, che i raggi d'una lampada.

Lo speculum Bivalve. — Di tutti gli specoli valvolari il migliore è lo speculum bivalve di Cusco (Fig. 6). È molto facile ad esser introdotto, e per alcuni rispetti è il più conveniente, specie pel fatto che si mantiene perfettamente da se. Il successo nell'adoperarlo dipende dalla correttezza del modo d'introdurlo. Anzitutto è necessario accertare col dito la direzione esatta e la distanza dell'orifizio. Indi s'introduce lo speculum di traverso per passar la vulva, poscia lo si situa in modo che le sue branche divengano antero-posteriori, e infine lo si spinge oltre, fino a che gli estremi delle branche non si trovino a poca distanza dall'orifizio ed esattamente nella sua direzione, avendo cura speciale che essi non lo oltrepassino per raggiungere qualunque cul di sacco. Si aprono allora le branche dello speculum, e mentre il fondo dell'utero è spinto in alto dalla branca anteriore, in pari tempo la dilatazione della vagina nel senso antero-posteriore provoca la discesa del collo in basso ed in avanti, in modo che l'asse dell'utero si trova quasi in coincidenza con quello della

vagina. I bordi dell'orifizio sono anc allontanati fra loro, in modo da pot terno del canale cervicale. Non appe completamente visibile, si fissa imm speculum per mezzo della vite later

Di un buono speculum i requisiti che le branche sieno capaci del ma allontanamento tra loro, che sieno bastanza larghe in modo da impedir laterali della vagina sporgano nel ca vazione (all'uopo le branche debbo 4 cm. vicino le estremità), ed infine troppo corte. Se si usa un solo spec

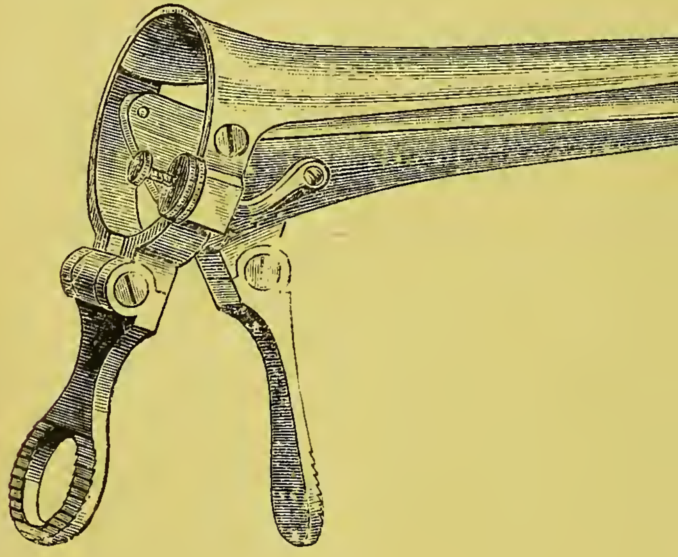


Fig. 6. — Speculum bivalve di

branca dovrebbe avere 4 1|2 pollice di uno più corto può essere molto utile

o anche quattro branche, oppure la branca an è fatta più corta della posteriore, impediscono canismo di portare l'utero in una lieve retro ne, e quindi non offrono il vantaggio specia speculum di Cusco. In ultimo, nel momento rare lo speculum, bisogna aver cura di non fa dere completamente le branche, il che potre fendere le pareti della vagina.

Speculum di Sims. — Lo speculum univa Sims (fig. 7) è molto superiore a tutti gli a



Fig. 7. — Speculum di Sims.

parecchi riguardi, p. e., quando si tratta d durre una spugna o uno specillo attraverso culum, oppure di fare qualche operazione sul sulle pareti vaginali. Esso però presenta l'in niente di non poter esser adoperato senza u stente, il quale dev'esser abbastanza esperto

in modo che lo sterno sia rotato in avanti quasi in contatto col letto o con la tavola.

Le gambe flesse ad angoli retti sul tronco, la destra un po' più della sinistra, di maniera che il ginocchio destro poggi proprio sul sinistro (fig. 8). L'infermiera o l'assistente, stando dietro l'inferma, solleva con la mano sinistra la natica destra della medesima. L'operatore quindi introduce lo speculum guidandolo col dito nella sua posizione dietro il collo, tira indietro il perineo in modo da convertire la vagina in un canale dritto, e affida lo strumento all'assistente per tenerlo nella posizione che occorre e mantenere il perineo retratto. Nelle lunghe operazioni la mano dell'assistente è soggetta a stancarsi, ma questo inconveniente può esser ovviato, o per lo meno ritardato, se egli può tener in sito lo speculum col fissar la mano a mo' di cuneo tra il manico d'esso e il sacro della paziente, invece di affidarsi solamente a suo' sforzi muscolari.

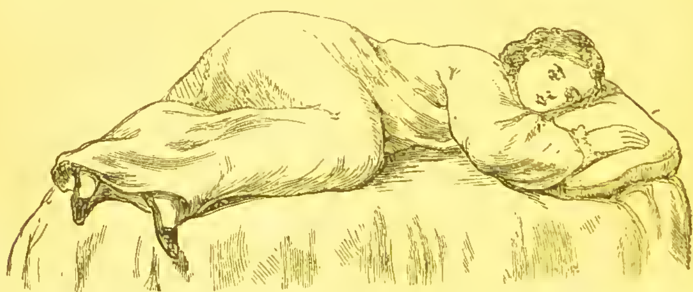


Fig. 8. — Posizione per introdurre lo speculum di Sims.

Scopo di tale posizione è far della vulva il punto più alto del canale vaginale, lasciar che sotto il peso de' visceri e delle pareti addominali la parete anteriore della vagina sia spinta in avanti, e che il canale si espanda in una cavità contenente aria. Nondimeno, se la vagina o la vulva è stretta, la parete vaginale anteriore non lascia tanto spazio, quanto ne occorre per vedere l'orifizio, ed è allora che bisogna spingerla indietro, sia col dito, che con la son-

da o altro analogo strumento, oppure con un depressore fatto appositamente. Tutto questo ha per iscopo di tirare in avanti la cervice. Che se poi questa è ancora diretta troppo indietro per rendere l'orifizio completamente visibile, o per permettere di portarlo in una posizione conveniente all' introduzione d'uno specillo o a qualsiasi altra manovra, allora è il momento di fissare un uncino a tenacolo nel bordo anteriore dell'orifizio, e tirare per tal modo la cervice in avanti infino a che essa non sia quasi nell' asse della vagina (v. fig. 14). Un simile espediente è pochissimo doloroso, e dippiù l' asta dell'uncino serve in pari tempo come depressore della parete vaginale anteriore. In molti casi, invece dell'uncino, risponde meglio allo scopo o una pinzetta a tenacolo, o una pinzetta, che invece di due abbia un sol dente sull'estremo di ciascuna branca.



Fig. 9. — Speculum di Sims modificato.

Dello speculum di Sims sono state inventate varie modificazioni nello scopo di aggiungere allo strumento un disco sacrale depressore, e renderlo così atto a mantenersi da se senza bisogno di assistente, lasciando anche completamente libere le mani dell'operatore. Un' altra opportuna modificazione è quella rappresentata dalla fig. 9, in cui la

branca dello speculum è spaccata in due, e per mezzo d'una vite essa può allargarsi secondo l'ampiezza della vagina e la quantità dello spazio richiesta.

Speculum di Neugebauer. — È questo un quarto speculum sovente di grande utilità (fig. 10). Consiste di due branche, ciascuna delle quali rassomiglia allo speculum di Sims, e va introdotto nella stessa maniera, ma così combinato che una branca scorre nell'altra in modo che le due branche unite insieme formano come uno speculum bivalve. È inferiore a quello di Cusco nell'attitudine a mantenersi da se e nella efficacia a portare il collo nell'asse della vagina, e il suo vantaggio speciale consiste nel poter essere perfettamente guidato dal dito. Per il che, quando si deve usare lo speculum in casi di cancro della cervice, esso è estremamente utile, poichè gli altri specoli son tutti capaci di provocare forti e

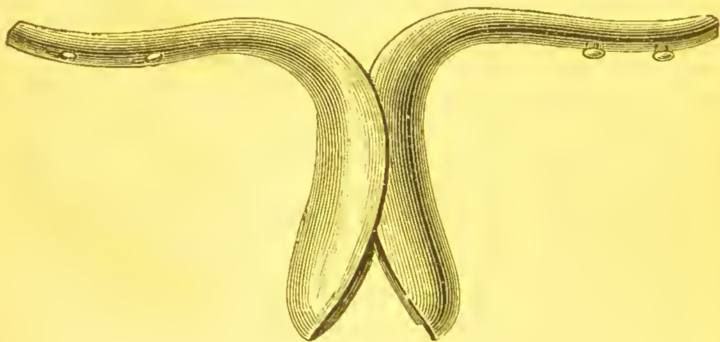


Fig. 10. — Speculum di Neugebauer, le cui branche possono unirsi per formare uno speculum di Sims.

profuse emorragie. Ciascuna branca deve essere lunga 4 pollici, e i manichi fatti in modo che rovesciandosi si congiungano insieme formando uno speculum di Sims (fig. 7). Il Dott. Barnes ha introdotta una modificazione di questo strumento, sostituendo a ciascun manico una branca di diversa grandezza. Per tal modo i due pezzi vengono a formare tre

specoli di grandezza diversa. Per adoperare lo speculum di Neugebauer l'inferma può esser messa in semipronazione o in posizione come per la litotomia, colle natiche a livello dell'estremità del letto o della tavola. La branca più larga s'introduce la prima, e la si guida col dito fin dietro la cervice, e poscia la branca più piccola facendola scorrere nella prima.

Dilatazione del collo per mezzo delle spugne. — La diagnosi di condizioni morbose della mucosa uterina, come della presenza dei tumori o di un prodotto di concepimento entro la cavità dell'utero, è resa in molti casi impossibile dalla occlusione dell'orifizio. La dilatazione del collo è allora il solo mezzo per accertare la natura dell' affezione e insieme per agevolare l'accesso a' mezzi terapeutici.

Due sono le sostanze comunemente impiegate per la fabbricazione delle tente: spugna compressa e laminaria digitata, ciascuna delle quali presenta speciali vantaggi secondo le circostanze. Le spugne, mentre vengon preparate, debbono essere inzuppate nell'acido fenico per renderle antisettiche, e fatte in forma di coni a superficie possibilmente uniforme senza protuberanze. Il filo che serve per ritirarle dev'essere attaccato alla estremità superiore e passato attraverso tutta la lunghezza del cono, poichè altrimenti può benissimo accadere che la spugna si rompa, e gran parte d'essa rimanga dentro l'utero. Le tente di laminaria poi debbono essere forate da un capo all'altro per potervi introdurre lo stiletto che serve alla loro introduzione, ed anche per rendere più rapida e completa la loro espansione. Recentemente in America è stata introdotta la radice di *tupelo* e raccomandata per la fabbricazione di tente, che sarebbero di azione più rapida di quelle fatte di laminaria, ma non sono state trovate ugualmente efficaci nel loro potere dilatatore.

Vantaggi relativi delle tente di spugna e di quelle di laminaria.—La tenta di spugna insinuandosi molto rasente agl'interstizii della mucosa, è per

questa ragione meno atta ad uscir di posto, e forma inoltre un turacciolo più fermo che non la tenta di laminaria in caso di emorragia. Questa stessa proprietà rende la tenta di spugna d'un uso assai importante, per modificare la superficie della mucosa uterina, ed all'uopo bisogna che sia tanto lunga da raggiungere quasi il fondo dell'utero (fig. 11). Inoltre durante la sua espansione essa produce meno dolore della tenta di laminaria, ch' è più dura. Ha



Fig. 11. — Tente di spugna.

d' altra parte lo svantaggio di divenir più presto nociva, ma quest'inconveniente viene in gran parte ovviato, preparandola con l'acido fenico, e badando che non sia lasciata in sito per più di 12 ore.

La tenta di laminaria è più liscia, e può farsi più piccola con maggiore facilità; è quindi più agevolmente introdotta, e quando il collo è piccolo è meglio cominciare da essa. In casi di flessione, prima d'introdurla, si può rammollirla in acqua calda, e curvarla, in modo che s'adatti al canale della vagina. È capace di vincere nella sua espansione maggiore resistenza che non quella di spugna, e con un pacchetto di tente di laminaria addossate le une sulle altre si può ottenere una considerevole dilatazione. Le tente di laminaria quindi sono d' ordinario preferibili a quelle di spugna, a meno che non si tratti di arrestare in pari tempo un'emorragia.

Modo d'introdurre le tente. — Nel maggior numero de' casi è facilissimo introdurre la tenta di laminaria con lo strumento del D.r Barnes (fig. 13). Questo strumento, detto *introduttore di tente*, è fatto d'un manico di legno, a cui è fissata una bacchetta leggermente ricurva; all'estremità di questa possono

essere avvitati stiletti di varia dimensione, e su di

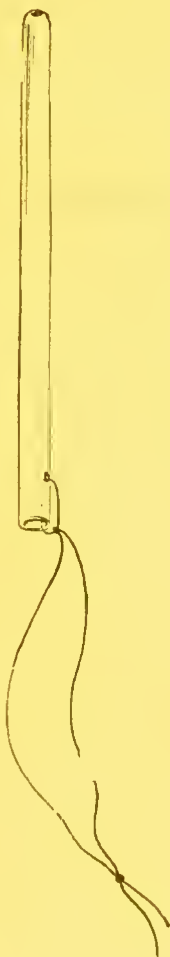


Fig. 12.—Tenta di laminaria (Volume attuale).

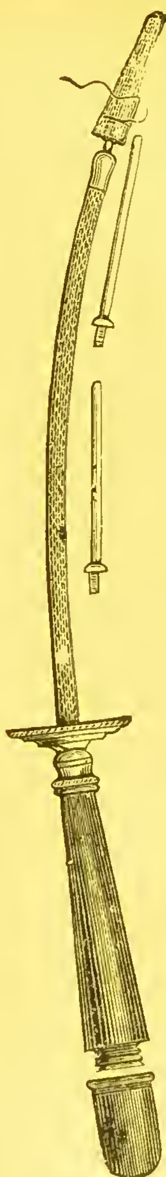


Fig. 13. — Introduttore di tente di Barnes.

essa scorre un tubo di gomma elastica. Fissata fortemente la tenta sullo stiletto, lo strumento viene introdotto esattamente come la sonda uterina, e curando di mantenere fermo contro l'orifizio il tubo di gomma elastica, si ritira lo stiletto. Lo strumento può essere improvvisato con un catetere di gomma elastica, tagliandone la punta in modo che lo stiletto fuoriesca di circa un pollice, e su questa estremità sporgente dello stiletto si fissa la tenta perforata. Tutto questo riesce poco vantaggioso colle tente di spugna, poichè la punta per assorbimento di liquido facilmente si rammollisce, prima che la tenta sia introdotta. Però si può vincere questa difficoltà, spalmando la punta della tenta di grasso o di vaselina, ed introducendola sollecitamente prima che si rammollisca. Per mantener la tenta in sito, fino a che non si gonfia, si mette al disotto della sua estremità un tampone di cotone fenicato, o, in mancanza, inzuppato di tintura di iodo e di glicerina.

Un altro metodo d'introdurre le tente consiste nello adoperare lo speculum di Sims e situar la donna in semipronazione. Questo metodo è generalmente preferibile per le tente di spugna, e in casi difficili è bene servirsene anche per quelle di laminaria. Per mezzo d'un uncino a tenacolo, o d'una pinzetta a tenacolo, si tira in basso la cervice quasi nella linea della vagina (fig. 14), e per mezzo della sonda o dello specillo si constata la direzione della cavità uterina. Si guida allora la tenta o con una pinzetta, o meglio con lo strumento di Barnes. Se le tente di laminaria invece della ordinaria lunghezza di due, hanno la lunghezza di cinque pollici, e vengono spinte in alto in vicinanza del fondo dell'utero, non c'è da temere che si spostino, ma presentano l'inconveniente di mantenere l'utero in una forzata retroversione, e quindi irritazione maggiore. In alcuni casi di fibroidi, in cui il canale cervicale è allungato, è assolutamente necessario che la tenta abbia la massima possibile lunghezza, per assicurarsi ch'essa oltrepassi l'orifizio interno. Sopravve-

nendo dolori durante l'espansione d'una tenta di laminaria, si amministrerà un po' di morfina. Se poi l'orifizio interno è troppo rigido, il dolore può divenire abbastanza intenso da consigliare un trattamento oppiaceo più energico. In simil caso la tenta può esser talmente stretta in un punto da impedire una grande espansione nel punto medesimo, mentre si gonfia al di là ed al di qua. Il ritirarla può esser allora difficile, e la difficoltà può vincersi facendo col dito una forte contropressione sul collo.

Avanti d'introdurre una tenta, è bene attaccare all'estremità del filo che vi sta dentro un pezzo di filo più grosso o un pezzo di nastro, il quale serve

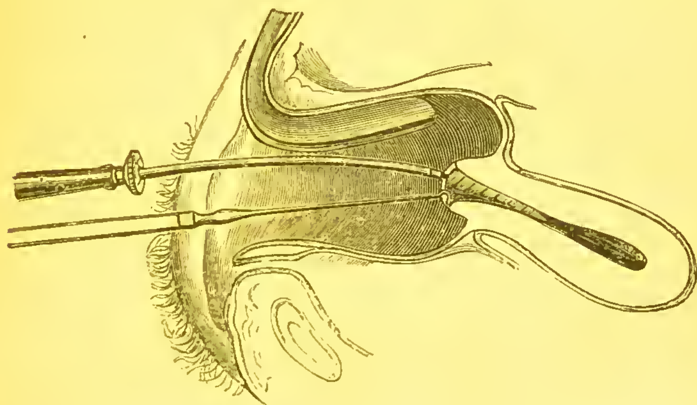


Fig. 14. — Modo d'introdurre la tenta per mezzo dello speculum di Sims.

a ritirarla, ed è in pari tempo molto utile per mantener ferma la prima, quando s'ha da introdurne una seconda. Si deve inoltre aver cura che la tenta fuoriesca col suo estremo esterno un poco fuori l'orifizio esterno, altrimenti può avvenire che la tenta si espanda tutta nell'interno del canale, e l'orifizio esterno resti indilatato, in modo che poi per ritirarla bisogna ricorrere alle incisioni, o agli altri mezzi dilatatori dell'orifizio. Nel caso che il filo aggiunto si spezzi, sicchè non sia più facile ritirar la tenta, si fa uso della pinzetta.

Pericoli e precauzioni nell' uso delle tente.— Non si ricordano casi, in cui l'uso di una tenta sia stato seguito da metrite, pelvi-cellulite, o pelvi-peritonite, e neppure da peritonite settica generale. La principale sorgente di pericolo risiede nell' assorbimento di materiale settico per mezzo de' linfatici, nella consecutiva diffusione rapida dell' infiammazione lungo il loro decorso, e, per alcuni casi, nel trasporto immediato del contagio settico al peritoneo. Un tal pericolo può essere in massima parte scongiurato da precauzioni opportune. Ma non mancano casi, in cui il rischio sia inevitabile, come quando l'inferma è esaurita da profusa emorragia, o si trova già in preda alla setticoemia, e l'affrontarlo sia giustificabile, sol perchè il non far nulla sarebbe quasi indubbiamente fatale. Più di frequente si sono avute serie conseguenze, quando parecchie tente sono state adoperate per una dilatazione progressiva. Quindi è precauzione importante quella di non adoperar le tente più di due volte una appresso l'altra, e, se non si è ottenuta una dilatazione sufficiente, aspettare un po' di tempo prima di ricominciare. Per la dilatazione necessaria a rendere possibile una diagnosi, oppure a rendere accessibile un tumore, le migliori tente da usare son quelle di laminaria, e se ne introducono quante più è possibile, mettendole l'una accanto all'altra. Questo, se il collo non è piccolo, può farsi in una prima seduta, oppure si fa precedere una dilatazione preliminare per mezzo di una sola tenta. Sia prima di introdurre, che dopo ritirata la tenta, si facciano delle iniezioni antisettiche nella vagina, ricordando che quella di spugna non va lasciata in sito per più di 12 ore, e per non più di 24 ore quella di laminaria. Verificandosi abbassamento o elevazione di temperatura, si sospenda immediatamente la dilatazione. È anche della massima importanza che l'inferma stia a letto, quando la tenta è stata introdotta, e vi rimanga almeno per 24 ore dopo averla ritirata. A meno che non vi sia estrema urgenza, le

tente non debbono essere adoperate, quando esista un'infiammazione acuta recente, o ne' casi di pelviperitonite anche cronica, poichè ogni leggiera provocazione può riacutizzare il processo.

DILATATORI STRUMENTALI.— Lo strumento più efficace per l'immediata dilatazione del canale cervicale è quello del Dott. Marion Sims (fig. 15). Esso può esser talvolta adoperato con vantaggio, previa anestesia dell'inferma, quando per mezzo delle tente il collo, se non interamente, è stato almeno sufficientemente dilatato, tanto da permettere l'esplorazione digitale. Può essere anche adoperato, quando si è avuta una dilatazione spontanea, come p. e. in caso d'aborto, e in simili circostanze si può fare anche a meno delle tente.

DILATAZIONE COLLE BORSE IDROSTATICHE. — In alcuni casi, quando l'utero è molto ingrandito da un tumore sporgente nella sua cavità, e colle tente non si può ottenere una sufficiente dilatazione, si può ricorrere a' dilatatori idrostatici del Dott. Barnes, destinati specialmente alla dilatazione dell'utero gravido. Del resto, eccetto il caso di un siffatto ingrandimento dell' utero, la sua cavità, quando non è pregno, non è mai tanto larga, quanto occorrerebbe pel più piccolo dilatatore.

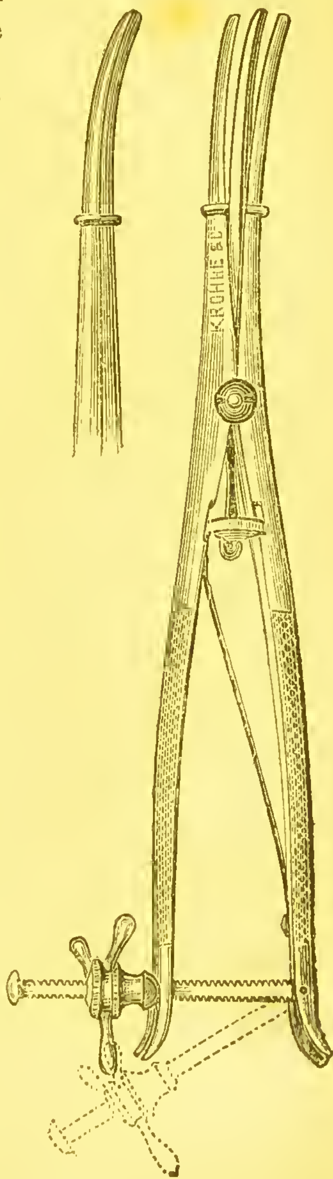


Fig. 15.—Dilatatore Uterino di Sims.

CAPITOLO II.

FISIOLOGIA DELLA MESTRUAZIONE NORMALE.

Mestruazione, o *Catamenia*, è il nome che si dà ad un'emorragia della mucosa del corpo dell'utero, la quale normalmente ricorre ad intervalli regolari di poco meno d'un mese, e continua lungo tutto il periodo dell'attività sessuale della donna, eccetto durante la gravidanza e la lattazione.

In un periodo mestruale vi sono tre fenomeni intimamente connessi fra loro: 1° iperemia attiva dell'utero e delle ovaie con inturgidimento del tessuto erettile, che circonda questi organi; 2° rottura di uno o più follicoli di Graaf con fuoriuscita degli ovuli contenutivi; 3° disintegrazione della superficie della mucosa, che riveste il corpo dell'utero, a tal grado da produrre rottura dei vasi e quindi l'effusione del sangue mestruo. A quest'ultimo fenomeno si associa un aumento di secrezione dal collo dell'utero e dalla vagina. V'ha molti punti nella fisiologia della mestruazione e nelle relazioni, che intercedono fra' suoi diversi elementi, i quali mantengono ancora vivo il bisogno di dati più esatti. Fin da quando la connessione della mestruazione con l'ovulazione, suggerita pel primo da Power nel 1821, fu stabilita dalle ricerche di Negrier, Bischoff, Coste, Pouchet, Raciborski ed altri, è stato generalmente ritenuto che la mucosa diviene tumida durante il periodo mestruale, che l'acme della iperemia coincide col flusso del sangue mestruo, e che nello stesso tempo, o poco dopo, avviene la rottura del folli-

colo. È stato anche creduto, che il concepimento molto di frequente avviene poco dopo la fine di un periodo mestruale. Nondimeno men rimote ricerche, specialmente di Kundrat, Engelmann, John Williams e Leopold, tuttochè divergenti in punti importanti, pure si accordano nel dimostrare che la membrana mucosa acquista il massimo inspessimento e sviluppo, e d'ordinario l'iperemia è nel suo acme, immediatamente prima che cominci il periodo mestruale. I reperti anatomici sono stati altresì invocati, per dimostrare che il follicolo è di ordinario rotto, prima che il periodo cominci, benchè casi non sien mancati, in cui non era ancora rotto, o solo sul punto di rompersi durante, o immediatamente al cessare del periodo. L'opinione dunque dei moderni osservatori (che non è poi diversa da quella sostenuta prima da Pouchet e da Tyler Smith), è, che durante il tempo intermestruale avviene l'ipertrofia della mucosa uterina, per renderla un ricettacolo atto a ricever l'uovo, e che l'esfoliazione della mucosa e la fuoriuscita del sangue sono un cambiamento regressivo, analogo a quello che avviene con la separazione della decidua nel parto, e questo significherebbe che la fecondazione di quell'uovo non ha avuto luogo. Conseguenza di un tale criterio sarebbe una conclusione contraria a quanto s'è finora generalmente ritenuto, cioè che l'uovo fecondato appartiene per lo più, non all'ultimo periodo mestruale compiutosi, ma invece a quello successivo che non ebbe luogo. La stessa conclusione è stata sostenuta da Löwenhardt con prove ricavate dalla durata della gravidanza.

Riguardo alla connessione dell'ovulazione con la mestruazione, recenti osservazioni ci obbligano a non considerarla come immancabile, tuttochè molto frequente. Nelle donne, le cui ovaie non si sono sviluppate, o in quelle, a cui sono state estirpate prima della pubertà, la mestruazione non avviene mai, e così resta provato che uno stimolo del sistema nervoso, originantesi dalle ovaie, è necessario perchè

si compia questa funzione. Pure, un numero considerevole di casi è stato ricordato, in cui, dopo la estirpazione d'ambedue le ovaie, vuolsi che la mestruazione abbia continuato più o meno regolarmente per degli anni. Sono stati esibiti reperti anatomici, da una parte di ovulazione, in cui non ha mai avuto luogo mestruazione, dall' altra d'assenza d'ogni vestigio di ovulazione in donne morte durante o immediatamente dopo la mestruazione. Casi, benchè rari, non son neppur mancati di gravidanza in donne, che non avevan mai mestruato, quantunque avessero da lungo tempo varcata l' epoca della pubertà. Dopo tutto non può non rimaner vero che l' ovulazione e la mestruazione sono per regola generale associate. Dopo l'estirpazione di tutte e due le ovaie, la mestruazione comunemente cessa dal tempo dell'operazione, come è avvenuto in 8 de' 9 casi osservati dal D.r Thomas. Dippiù in 15 casi di ovariotomia, eseguita dal D.r Battey, ve n'erano 9, in cui ambo le ovaie erano state totalmente estirpate. In queste 9 donne la mestruazione cessò per sempre, nelle altre continuò come prima. Alcune delle apparenti eccezioni possono essere spiegate col ritenere che le ovaie erano state estirpate in pezzi, e che qualche piccola porzione del loro tessuto avea potuto esser lasciata, oppure che ha potuto verificarsi il caso, che avviene qualche volta, d'un piccolo ovario succenturiato. Così si spiega che in un caso si sia avuta non solo la mestruazione, ma anche la gravidanza dopo la supposta totale estirpazione delle ovaie. Oltre a ciò l'amenorrea è un frequente risultato di degenerazione cistica d' entrambe le ovaie. La probabile conclusione che si può trarre da questo fatto è, che la sorgente e la ricorrenza periodica della mestruazione son riposte piuttosto nei centri nervosi, anzichè nelle ovaie, quantunque lo stimolo di queste sia necessario per il suo primo cominciamento, e in gran numero di casi per la sua continuazione. Di modo che lo sviluppo finale e la rottura del follicolo di Graaf sarebbero lo effetto, più

che la causa dell'iperemia, e il tempo della sua rottura può probabilmente variare a seconda del grado di sviluppo che ha raggiunto, quando incomincia la mestruazione. È probabile altresì che i follicoli di Graaf si rompano occasionalmente negli intervalli intermestruali, specialmente sotto l' influenza della iperemia provocata dal coito, ed è finalmente certo che il periodo mestruale può passare, senza che alcun follicolo si rompa, sempre però che non ve ne siano vicini a maturità.

L'idea, che la causa immediata della mestruazione risieda nel sistema nervoso, pare che trovi appoggio nel fatto, che nella mestruazione non avvengono cambiamenti meramente locali, ma si ha un ciclo mensile che influisce su tutto l'organismo. Le osservazioni sfigmografiche han dimostrato, che la tensione arteriosa è al disopra dell' ordinario per qualche tempo prima, e si abbassa durante la mestruazione. Stevenson ha mostrato che la curva della temperatura s'innalza di circa un grado sulla media per circa 15 giorni prima, e scende di circa un grado al di sotto della media durante e dopo il periodo, e che un simile corso è descritto dalla curva che rappresenta l'escrezione dell'urea.

Sorgente del Sangue Mestruo. — Che l'effusione del sangue non dipenda unicamente dall'iperemia, è dimostrato dal fatto che, quando la mucosa uterina riceve lo stimolo dell'uovo fecondato, che va a fissarsi in una delle sue pieghe, non avviene emorragia di sorta, quantunque l' iperemia sia maggiore di quella che si verifica nella mestruazione. La prima causa quindi, che concorre alla rottura de' vasi, è un lavorio di disintegrazione della mucosa, e Williams ne ha descritto la degenerazione grassa, come un fatto che precede l' emorragia. Esaminando accuratamente al microscopio il sangue mestruo, vi si posson trovare di frequente gruppi di cellule che appartengono alla mucosa uterina, specialmente nei primi due giorni del periodo mestruale, e non di rado avviene di trovarvi piccoli brani di mucosa che

mostrano gli orifizii delle glandole uterine, spogliate d'ordinario del loro epitelio. La disintegrazione è più o meno completa a seconda delle diverse donne , ma lo sfaldamento in brani più grandi è uno stato morboso, di cui tratteremo nel parlare della dismenorrea membranosa. Quanto alla profondità dello sfaldamento fisiologico, non si è ancora detta l'ultima parola. Williams sostiene che tutto quanto l'inspessimento del tessuto, comunemente chiamato mucosa uterina, è gittato via ogni mese, lasciando solo le estremità delle glandole allogate nella tunica muscolare, della quale lo strato più interno è da lui riguardato come appartenente alla mucosa, ed essendo infatti la mucosa della tunica muscolare. La rigenerazione comincia secondo lui all' orifizio interno, e si estende verso il fondo. Se non che vi è un fatto che infirma questo modo di vedere, ed è che ne'casi dove si è avuto sfaldamento completo si trattava di donne morte per morbi febbrili acuti, sicchè lo sfaldamento ha potuto essere morboso. Kundrat e Leopold adducono de'casi per dimostrare, che, anche verso la fine o poco dopo il periodo mestruale, non si è trovato mancante che lo strato più superficiale della mucosa, ed attribuiscono il diminuito inspessimento al decrescere di gonfiore edematoso , anzichè a perdita di sostanza. Engelmann infine non ammette esfoliazione di sorta, neppure alla superficie.

La teoria che una comunicazione permanente esista tra' vasi sanguigni e le glandole uterine , e che queste sieno la sorgente dell' essudazione del sangue mestruo , è tutt' affatto nuova. La mucosa del collo normalmente non prende alcuna parte alla fuoruscita del sangue , e la sua superficie rimane intatta. D' ordinario la coagulazione del sangue è impedita dal suo mischiarsi con la secrezione acida della vagina. Se la quantità del sangue è eccessiva, oppure se il sangue è trattenuto lungo tempo nell'utero per stenosi o per flessione, allora si formano de'grumi. La quantità di sangue che si perde è d'or-

dinario da *tre* a *sette* once. La perdita diventa maggiore, quanto più intensa è l'iperemia attiva, il che è dimostrato dal fatto, che il moto, il lavoro ed il coito hanno per effetto di aumentare il flusso sanguigno. La durata naturale del flusso è da 3 a 5 giorni. Il periodo intermestruale, in condizioni normali, dura da 27 a 30 giorni.

Epoca di possibile concepimento. — V' ha due considerazioni, che rendon assai difficile il trarre alcuna conclusione in quanto all'epoca del ciclo mestruale, in cui è possibile o abituale che avvenga il concepimento: 1° che la vita degli spermatozoi dentro l'utero può essere prolungata indubbiamente per lo spazio di 8 giorni, e possibilmente più a lungo ancora; 2° che noi non abbiamo alcuna prova in soggetti umani per definire il tempo che l'uovo impiega per discendere dalla tromba di Falloppio, oppure per quanto tempo esso può conservare la sua vitalità. Non v'è alcun dubbio che possa avvenire il concepimento in qualunque epoca del ciclo mestruale, e che ogni metodo per impedire la gravidanza con l' astinenza in qualunque periodo speciale non merita fiducia. Che l'astinenza poco dopo la mestruazione non dia il risultato d'impedire la gravidanza, è dimostrato dal caso de'Giudei, i quali sono il popolo più fertile ch'esista. Scrupolosi osservatori della legge giudaica, essi praticano l'astinenza durante i 5 giorni che dura il periodo mestruale, e per 7 giorni dopo per la purificazione, calcolando dalla fine de'5 giorni, oppure dall'ultimo sangue uscito, se mai il periodo sia stato più lungo di 5 giorni, il che costituisce un intervallo di dodici giorni per lo meno (1). Il fatto poi, che un coito fruttifero possa aver luogo tra' quattro e i dieci giorni dal principio del flusso mestruo, è provato dai casi ricordati dal D.r Marion Sims, il quale considera l' ultima parte di questo periodo come il tempo più opportuno per la gravidanza. È fuori dubbio che la mestruazione

(1) Vedi il Levitico, XV, 19 e seg.

nella donna ha grande analogia con quel che avviene negli animali all'epoca degli amori, quantunque esista il contrasto che la copula ha luogo negli animali solo in quella data epoca, mentre nella specie umana il solo periodo mestruale è abitualmente eccettuato. E questa eccettuazione è piuttosto in relazione con la civiltà e con un sentimento di delicatezza, poichè indubitatamente la sensibilità sessuale è maggiore nel tempo della mestruazione, come presso gli animali all' epoca degli amori. La comune credenza quindi, che il tempo in cui la mestruazione è prossima sia molto propizio per il coito fruttifero, non pare che sia erronea; ma il tempo preciso, in cui la mucosa uterina divenga atta a ricevere un ovulo, rimane tuttora incerto.

Cominciamento e Cessazione della Mestruazione. — Il primo apparire del sangue mestruo d' ordinario coincide con l'epoca della pubertà, con lo sviluppo delle mammelle e della pelvi, co' peli di cui si coprono i pubi e con tutti gli altri cambiamenti, che nello stesso tempo subiscono le falcoltà psichiche della donna. Ne'climi temperati l'età pubere è d'ordinario il 14° o 15° anno, più di rado il 16°, ma delle variazioni tra il 10° e il 21° anno non sono molto rare. L' influenza del clima è considerevole, e nei paesi caldi la mestruazione comincia in media due anni prima che non ne'freddi, ed è anche più profusa. Ne' climi artici poi comincia d' ordinario più tardi e in quantità molto esigua. Possono occasionalmente aversi casi di mestruazione precoce nella fanciullezza ed anche nell'infanzia, e allora si associa a sviluppo prematuro del seno e della pelvi, e probabilmente anche a prematura ovulazione. In un caso simile si è avuta la gravidanza all'età di otto anni.

Il tempo in cui cessa la mestruazione, la cosiddetta età critica della donna, d'ordinario corrisponde verso il 45° anno. Le donne che hanno cominciato presto a mestruare, non raggiungono egualmente presto l'età critica, a meno che non sopraggiun-

gano condizioni morbose delle ovaie o dell'utero; e quando la mestruazione comincia tardi, la stessa inattività dell' ovario la fa cessare più presto. Son rarissimi i casi di vera mestruazione, e quindi di possibile gravidanza, all'età di 60 anni.

Sintomi e Complicanze della Mestruazione. — In donne di valida salute non si hanno segni precursori, ma in quelle dal sistema nervoso più impressionabile, per alcuni giorni prima che il periodo mestruale incominci, le mammelle divengono ordinariamente turgide, e spesso divengon sede di dolori nevralgici, che poi spariscono un paio di giorni dopo che il flusso mestruo è incominciato. In pari tempo si manifesta un'irritabilità de' centri nervosi, la quale in donne affette da isteria, da epilessia o da emicrania si rivela con la maggior frequenza degli attacchi nel periodo mestruale. In casi di congestione dell' utero o delle ovaie, la mestruazione è preceduta di alcuni giorni da dolori nell'ambito della pelvi. In casi di ernia delle ovaie, questi organi sono stati trovati gonfi e rammolliti poco tempo prima e durante il ciclo mestruale. Il riscontro vaginale durante la mestruazione constata il turgore e il rammollimento dell' utero, come pure della vagina. Ma il rammollimento dell'utero si alterna con la contrazione, specialmente se esiste qualche ostacolo alla fuoruscita del sangue; e se durante la mestruazione la donna muore, la parete muscolare dell'utero si trova pallida per la perdita del sangue, mentre la mucosa, le ovaie e le parti circostanti si trovano fortemente congeste. Il collo dell' utero, la vagina e la vulva partecipano all' ingorgo, e l' aumento delle loro secrezioni precede, accompagna e segue il flusso sanguigno. Comunemente, poco tempo prima che il periodo incominci, si ha tendenza a costipazione, precisamente come avviene nel primo tempo della gravidanza, anche prima che l'utero siasi sviluppato abbastanza per esercitare compressione di sorta. Questa stitichezza può esser seguita da rilasciamento delle intestina, dopo che il flusso

è cominciato. Da ultimo, indipendentemente da qualunque stato morboso, in piena salute, la mestruazione è preceduta e ne' suoi primi due o tre giorni accompagnata da un senso di pienezza e di stanchezza generale, fatti che la donna esprime col dire che « non si sente bene ».

CAPITOLO III.

ANOMALIE DELL' UTERO E DELLA VAGINA.

Le trombe di Falloppio, insieme con l'utero e con la vagina si sviluppano da due tubi distinti, chiamati i condotti di Müller, i quali coalescono, cioè si fondono, verso l'ottava settimana della vita fetale attraverso quella porzione che forma l'utero e la vagina, il punto cioè dove comincerà a notarsi il congiungimento mediante l'inserzione de'legamenti rotondi. Le più gravi anomalie congenite di questi organi dipendono o da difetto di sviluppo di uno o di entrambi questi condotti, o da difetto parziale o totale della loro unione. Stimiamo quindi opportuno trattare insieme delle anomalie dell'utero e di quelle della vagina.

Assenza o Sviluppo Rudimentale dell' Utero.— L' utero può mancare completamente, o consistere soltanto in un corpo membranoso rudimentale con o senza cavità nel suo interno. Spesso in simili casi si ha il cosiddetto *utero bipartito*, con un collo unico e abbastanza solido e due corna separate, ciascuno contenente una piccola cavità. Le ovaie possono esistere o mancare, la vagina può mancare o essere più corta, mentre gli organi genitali esterni sono normali. Quando le ovaie esistono, la sorgente del disturbo può essere una difficoltà nella funzione mestruale. In un caso di simil fatta il D.r Battey ha praticato l' ooforectomia con buon risultato. La diagnosi si fa d'ordinario mediante il riscontro rettale combinato con l'esame bimanuale, e può essere agevolata con l' introduzione di un catetere oppure d' un dito nella vescica. Quando la vagina manca

completamente, la donna può maritarsi ignorando il proprio difetto, e ricorrere dopo il matrimonio al chirurgo, per essere operata. Il tentativo però di fare una vagina artificiale espone al rischio di aprire la cavità peritoneale.

Il condotto di Müller d'un lato può essere normale, mentre quello dell'altro lato manca, o è incompletamente sviluppato, e non si unisce completamente col suo compagno. Questa condizione costituisce l'*utero unicorne*. L'utero è curvato su d'un lato, e termina in una punta, dalla quale prendon origine il legamento rotondo e le altre appendici. Il corno rudimentale, se esiste, è d'ordinario attaccato intorno alla sede dell'orifizio interno, e può essere o non essere pervio. Ordinariamente la mestruazione è normale. Il corno sviluppato può essere sede di gravidanza, e questa procedere naturalmente. La gravidanza può anche avvenire nel corno rudimentale, e allora molto facilmente provoca rottura, d'ordinario verso la fine del quarto mese, e il più delle volte con risultato fatale.

Se entrambi i condotti sono sviluppati, ma non sono uniti tra loro completamente, allora si può avere il cosidetto *utero bicorne* oppure l'*uterus septus*. Nel primo il corpo dell'utero è più o meno bifido, come è il caso di molti animali, nel secondo l'utero esternamente normale è internamente diviso in due da un setto. Il quale può essere incompleto, e può estendersi fino all'orifizio esterno, e la vagina può esser semplice o doppia. Alcuni casi, che sono stati ricordati, di superfetazione si spiegano con una gravidanza in ciascun lato d'un utero bicorne o di utero setto con un intervallo di alcuni mesi. Nel caso che esistano due vagine, generalmente una sola serve pel coito, ma alcune volte il setto genera delle difficoltà a questo proposito, e dev'essere rimosso.

Spesso avviene che l'utero sia imperfettamente sviluppato, ed allora esso prende una di queste due forme: o si ha l'*utero infantile*, in cui il collo è normalmente formato, mentre il corpo conserva le di-

mensioni dell'infanzia non rappresentando più d'1|4 o d'1|3 dell'intera lunghezza di tutto l'organo, con pareti relativamente sottili; oppure si ha l'*utero generalmente male sviluppato,* in cui si hanno le proporzioni più o meno conservate, ma tutto quanto l'organo è atrofico. Quest'ultima condizione è d'ordinario accoppiata a stenosi dell'orifizio esterno e ad anteflessione, e ne parleremo più avanti — Quando l'utero è infantile, la mestruazione generalmente manca; nei casi d'utero atrofico o manca, o è molto scarsa. L'utero infantile può essere diagnosticato con l'esame bimanuale che rivela il piccolo volume del corpo, mentre la sonda può essere introdotta per non più d'un pollice ed 1|4 o uno e 3|4, e può esser percepita attraverso il fondo, ch'è abbastanza sottile, con una insolita facilità — Il piccolo volume della porzione vaginale è la nota distintiva tra l'utero infantile e quello generalmente male sviluppato.

Cura. — Quando l'utero non è completamente sviluppato, promuovere la nutrizione per quanto è possibile con una dietetica nutriente, e amministrando il ferro, massime se v'è tendenza a clorosi. Di gran lunga più importante è il trattamento igienico, consistente in abbondanza d'aria fresca accoppiata ad un tollerabile esercizio, evitando accuratamente lavori mentali prolungati o occupazioni sedentanee, specialmente verso l'epoca della pubertà. In quanto agli stimoli locali, ce ne occuperemo nel parlare dell'amenorrea.

Atresia dell'Utero, della Vagina o della Vulva.

Ogni occlusione delle vie genitali, in qualunque punto delle stesse avvenga, e sia congenita o acquisita, ha per effetto d'impedire la fuoruscita del sangue mestruo, quando il corpo dell'utero è sviluppato, e dar origine ad un quadro sintomatico che su per giù appartiene a tutte le occlusioni delle vie genitali. È opportuno perciò trattare tutte insieme le diverse varietà d'atresia.

Atresia Congenita dell'Utero.— Disgiunta da quella della vagina, è assai rara, e può aver sede nell'orifizio esterno, o ciò ch'è ancora più raro, può esserne affetto tutto il collo. Può esistere l'atresia d'una metà d'un utero doppio, e allora la diagnosi è più che mai difficile, poichè la mestruazione avviene dall'altra metà dell'utero, mentre in quella ove esiste l'atresia il sangue mestruo è ritenuto, e il fatto dell'utero doppio non è di quelli che si diagnosticano con facilità.

Atresia Congenita della Vagina. — È molto più frequente, e può consistere in assenza parziale o totale della vagina, in un imene non perforato, o in un' occlusione della vagina fatta da un setto trasversale, che si trova d'ordinario immediatamente dietro l' imene e può esser facilmente scambiata con l' *atresia dell'imene*. In molti casi di totale assenza della vagina, la parte inferiore della cavità, che è distesa dal sangue della mestruazione, ha una forma irregolare, e pare che corrisponda in parte al collo dell'utero ed in parte alla porzione superiore della vagina. Non forma alcun orifizio esterno, e la cavità ha pareti muscolari spesse simili più a quelle dell'utero, che a quelle della vagina.

Atresia Acquisita dell'Utero. — D' ordinario n' è affetta una porzione del canale cervicale. Può essere conseguenza dell' applicazione di caustici attuali, come potassa fusa, acidi forti o anche il nitrato d'argento solido, di amputazione della porzione vaginale del collo, massime quando è fatta con lo schiacciatoio galvanico, di presenza di escrescenze neoplastiche nella cervice, sia fibroidi che cancro, infine può esser conseguenza di qualunque lesione della cervice medesima. Può dipendere da un catarro cervicale per l'aderenza delle granulazioni formatesi su' lati opposti del canale, specialmente quando il passaggio non è conservato aperto dalla fuoruscita del sangue mestruo. È quindi frequente nelle donne in età avanzata, massime quando v'esiste prolasso dell'utero. Anche prima dell'età critica, un' abrasione vicina all'orifizio, prodottasi in

seguito a frizioni sul collo in prolasso, può produrre l'atresia.

Atresia Vaginale Acquisita. — D'ordinario è prodotta dallo sfaldamento delle pareti della vagina in seguito a travaglio prolungato, o in casi rari in seguito ad aborto. Può dipendere da lesioni, o sfaldamento in seguito a febbri o ad ulcere veneree. In alcuni casi coesiste con fistola vescicale o rettale. Non di rado le grandi labbra sono aderenti tra loro nelle fanciulle, ma non per questo la vagina è completamente occlusa, e l'aderenza è facilmente vinta senz'alcun bisogno d'incisioni. Questa condizione non tiene a mancato sviluppo, ma può prodursi sia nella vita fetale, che dopo la nascita.

Sintomi ed Esiti. — Il più delle volte l'atresia congenita rimane inosservata nella fanciullezza, ma occasionalmente, anche nella prima etá, si verifica un accumulo di secrezione dietro un setto occlusore. Appena incomincia la mestruazione, il sangue si raccoglie dietro l'occlusione, e comincia a distendere le vie genitali da sotto in sopra; prima la vagina, se esiste, ed in ultimo le trombe di Falloppio. Di modo che nell'atresia dell'imene o della porzione inferiore della vagina l'utero non partecipa alla distensione se non molto tardi. Ma se l'atresia ha luogo in vicinanza dell'orifizio esterno, tutto l'utero si dilata in ogni singola sua cavità fin dal principio, e la dilatazione oblitera l'orifizio interno, mentre alla lor volta le trombe di Falloppio sono affette più presto che nel primo caso. Durante il periodo intermestruale una gran porzione della parte liquida del sangue viene riassorbita, e così la dilatazione diminuisce, mentre la parte liquida del sangue non riassorbita si condensa, acquista una consistenza sciropposa, e si annerisce, senza però subire putrefazione. Il sangue nelle trombe di Falloppio non è sempre dovuto a riflusso dall'utero, ma può prodursi in sito sotto lo stimolo della stessa condizione morbosa, ciò che è dimostrato dal fatto che l'estremità uterina della tromba dilatata può trovarsi completamente ristretta, o

anche occlusa. Nel cavo peritoneale può avvenire un modico riflusso di sangue, ed a ciò è dovuta la frequente aderenza de' padiglioni delle trombe, ma fino a che la parte liquida del sangue non è parzialmente evacuata, d'ordinario non si verifica un rigurgito abbondante. Quando l'atresia è fatta da una membrana sottile, l'esito spontaneo, favorevole o no, può esser provocato dalla rottura della membrana in seguito a subitanei stiramenti. Eventualmente può avvenire la rottura delle trombe, o, sebbene più raramente, dello stesso utero, e allora l'esito puo essere un ematocele o una peritonite letale.

Dopo la cessazione della mestruazione, l'utero può essere riempito d'un liquido mucoso (idrometra), e questo è comunemente conseguenza di atresia acquisita del canale cervicale. Io ho avuto l'opportunità d'osservare un caso, in cui l'utero era fortemente dilatato da pus in seguito ad atresia prodotta da un cancro sviluppatosi intorno all'orifizio interno.

Un' amenorrea che continua oltre l'epoca della pubertà, l' inattitudine al coito, gli effetti del sangue mestruo ritenuto: questi son d'ordinario i fatti che richiamano l' attenzione sull' atresia congenita. Nel caso di ritenzione del sangue mestruo la paziente si lagna di dolori spasmodici ricorrenti più o meno regolarmente ad intervalli mensili, ed eventualmente può esistere anche un tumore nell'ipogastrio, che ingrossa nel momento del dolore. Può aversi ritenzione d' urina con tutte le altre conseguenze della compressione. In alcuni casi l'atresia non è affatto completa, e quindi può avvenire la fuoruscita d'una piccola quantità di sangue mestruo.

Cura. — Quando l'occlusione è fatta da un setto abbastanza sottile, l'operazione per promuovere la fuoruscita del liquido ritenuto è estremamente facile; ma in questi, come in più difficili casi, v' è il grave rischio di provocare funeste conseguenze, e non di rado all'operazione è seguita la morte. Il pericolo è proporzionato all'area occupata dal liquido accumulato, ed è specialmente maggiore, quando esso in-

volge le trombe di Falloppio, mentre è comparativamente leggiero, quando l'accumulo di liquido è limitato alla vagina. Gli accidenti che possono verificarsi sono: 1° Riflusso del sangue attraverso le trombe di Falloppio per contrazione spasmodica dell'utero o delle stesse trombe, provocata da una subitanea evacuazione. 2° Rottura di qualche porzione aderente delle trombe durante il collasso del tumore. 3° Decomposizione di parte del liquido ritenuto, che può dar luogo ad una peritonite settica, infiammazione, ed in alcuni casi anche a rottura delle pareti della cavità. 4° L'infiammazione delle pareti della cavità può anche avvenire, senza che vi sia stata decomposizione di sorta. Questo può probabilmente spiegarsi, considerando che la cavità essendo stata congenitamente segregata dalla superficie esterna, le sue pareti han finito per acquistare una suscettibilità come quelle delle membrane sierose di fronte a germi, che abitualmente, o solo occasionalmente esistono nell'aria.

Quando l'accumulo del liquido è molto considerevole, in modo che le trombe son distese e l'utero grandemente dilatato, il miglior modo di evitare il pericolo pare quello di estrarre piccole quantità di liquido per volta, mediante un aspiratore o un finissimo trequarti, che può essere adoperato in un'atmosfera abbastanza impregnata di vapori d'acqua fenicata. Il processo operativo dev'esser incominciato nel periodo di quiescenza, poco dopo la mestruazione, e tenendo l'inferma in completo riposo. Se l'atresia affetta un tratto molto lungo della vagina, la puntura può esser fatta per l'intestino retto. Non si presuma però che col metodo dell'evacuazione graduale si debba sempre riuscire ad impedire l'insorgere dell'infiammazione oppure di fenomeni settici, poichè è ben difficile mantenere delle sostanze antisettiche nella vulva. Quindi ove mai vi sia ragione a sospettare di decomposizione, oppure si manifestino sintomi costituzionali di qualche gravità, val meglio praticare liberamente un'apertura e immediatamente

o poco dopo lavare la cavità con liquidi antisettici, specialmente con una soluzione d'acido solforoso, o una debole soluzione di iodo, ripetendo queste iniezioni a frequenti intervalli. Internamente si diano larghe dosi di chinino, o di altri antisettici insieme con oppio. Se nel momento dell'operazione si trova ch'esiste ancora molta dilatazione, è prudente dare alcune ore di tempo, prima di fare il lavaggio, per la spontanea e graduale evacuazione del liquido, e ciò per attenuare il rischio d'eccitare violente contrazioni. Ma se il liquido è già in decomposizione, allora il lavaggio antisettico non dev' essere minimamente differito.

Quando il liquido colletto è comparativamente scarso, o è dilatata la sola vagina, bisogna incidere subito e praticare un' apertura discretamente larga, non trascurando di fare l'incisione in atmosfera pregna di vapori antisettici, e tentando anche di mantenere in sito fasce antisettiche per uno o due giorni, con la precauzione di praticare ad intervalli il cateterismo per evacuare l'urina. L'incisione è meglio farla con la galvanoplastica o col cauterio alla benzina, sicchè i margini si chiudano meno facilmente ed abbiano minor tendenza ad assorbire sostanze settiche. L'esperienza non ha ancora provato se sia meglio o no fare immediatamente il lavaggio della cavità. Pare miglior consiglio aspettare, come nel primo caso, dodici o ventiquattr' ore per lasciar tempo alla graduale e spontanea evacuazione del liquido, a meno però che non sieno apparsi indizii di decomposizione o sintomi febbrili. Ogni compressione sull' utero dev' essere accuratamente evitata, affinchè il cessare della compressione non dia luogo ad entrata d' aria. Il D.r Emmet preferisce lavare immediatamente la cavità, piccola o grande che sia, e con questo metodo egli ha ottenuto favorevoli risultati in un gran numero di casi. Egli è inoltre contrario, siano qualunque le circostanze, alla puntura per il retto.

Quando tutta o gran parte della vagina manca,

è preferibile aprire, se si può, un passaggio permanente nella situazione naturale, anzichè attraverso il retto intestino, e l'operazione della vagina artificiale può esser intrapresa, sempre che l'utero può esser fissato, anche senza esservi accumulo di sangue mestruo. Quando poi , come sovente è il caso, il setto è molto sottile tra il retto e la vescica, bisogna aver molta cura di non aprire una di queste due cavità. L'inferma va situata come per la litotomia, e il bisturì o le forbici debbon servire soltanto a fare un'incisione nella mucosa , proprio di fronte alla forchetta. Il resto del passaggio vien praticato con l'indice della mano destra, mentre si tien l'indice sinistro nel retto, e un assistente tiene una sonda in vescica. Il tatto guida l'operatore a praticare un passaggio equidistante da ciascuna cavità. Se è necessario, per maggiore dilatazione del canale, il dito che sta nel retto può esser ritirato ed impiegato ad aiutare l' altro dito nel praticare il passaggio artificiale, oppure insieme al dito può esser adoperato uno strumento simile ad un raspatoio. Raggiunto l'utero, può esser perforato o con un trequarti o con un bisturì, se non è pervio l'orifizio esterno. La vagina artificiale dev' esser fatta più grande del necessario. S' introduca subito il dilatatore di Sims (Fig. 78), che dev'esser tenuto in sito senza interruzione per parecchi mesi, allo scopo di combattere la gran tendenza ch'esiste alle contrazioni. Il dilatatore serve dapprima a frenare l' emorragia, e in seguito , sotto la sua compressione niente irritante, gradatamente può comparire sulla vagina artificiale un epitelio come quello delle membrane mucose. Qualche volta può esser sostituito al dilatatore un pessario stretto di Hodge. Se la donna non è già maritata, non si consigli il matrimonio infino a che non sia per molto tempo confermato lo stato regolarmente pervio della nuova vagina.

Non riuscendo l'operazione della vagina artificiale, l' unica alternativa, se mai il sangue mestruo fuoriesce, è di mantenere aperta una via per il ret-

to, metodo che molti operatori adottano fin dal principio. La cura dell'atresia acquisita è analoga a quella della congenita, ma i pericoli dell'evacuazione del liquido ritenuto pare che siano di gran lunga minori.

Stenosi dell' orifizio esterno.

Etiologia ed anatomia patologica. — La stenosi congenita del canale cervicale ha sede o nell'orifizio esterno o nell'interno, e i casi di stenosi estrema non sono rari nel primo, come lo sono nel secondo. La parte del canale cervicale compresa fra' due orifizii, in grazia del suo aspetto fusiforme, è comparativamente libera. La ristrettezza dell'orifizio esterno s'associa d' ordinario ad un collo di forma conica, la cui proiezione nella vagina è maggiore del solito. È anche frequente il caso che il collo sia flesso in avanti, in modo che l'orifizio guarda nella direzione della vagina o anche più anteriormente (Fig. 37), essendone lungo il labbro posteriore e corto l'anteriore. Più di rado il collo è flesso indietro. In molti casi questa forma di cervice va congiunta a sviluppo incompleto dell' utero, oppure dell' utero e delle ovaie, quindi la cavità uterina è più corta del normale, e la mestruazione è scarsa. Curata la stenosi, può persistere ancora qualche altra imperfezione che coesisteva con la stenosi, e così continua la sterilità. La vagina può aver anche la sua parte di sviluppo incompleto ed essere più piccola del normale. In simili casi il senso sessuale spesso è molto attenuato. Il D.r G. Roper riporta un caso, per dimostrare che una di queste imperfezioni associate alla stenosi può anche essere una pelvi infantile. La stenosi acquisita può provenire da contrazione graduale dell' orifizio esterno nell' età senile, oppure esser in relazione con l'uso de' caustici. È anche frequente in casi antichi di prolasso di terzo grado.

Sintomi ed Esiti. — Gli esiti più notevoli della stenosi di qualunque porzione del canale cervicale sono la dismenorrea e la sterilità, ma la dismenorrea non

è immancabile. Se il flusso mestruo è moderato ed uniforme, e la mucosa fuoruscita è completamente disfatta, nè ostruzione nè dolore può risultarne; ma se invece il flusso è più profuso, o se vi son frammenti di caduca mestruale che debbon passare, allora un dolore spasmodico accompagna gli sforzi dell'utero per vincere la difficoltà. L'intensità però della contrazione spasmodica e del dolore sono in massima parte in rapporto con la irritabilità del sistema nervoso della donna e con la sua sensibilità. La sterilità è un sintoma più costante della dismenorrea, sebbene essa non implichi una ostruzione completa, ma solo una maggiore inaccessibilità dell'utero agli spermatozoi. Ho avuto occasione d'osservare parecchie donne, nelle quali l'orifizio esterno non permetteva il passaggio del più piccolo specillo chirurgico, e che erano sterili, ma non avean sofferta la più leggiera dismenorrea. In altri casi insieme con la dismenorrea s'è prodotta un'endometrite irritativa dovuta a ritenzione del mestruo o di altre secrezioni; e una simile condizione può produrre iperemia e menorragia, benchè la scarsa mestruazione ne sia la causa primaria. L'utero allora diventa ipertrofico, parte per l'iperemia, e parte per gli sforzi muscolari intesi a vincere l'ostruzione. Le donne, che hanno sofferto dismenorrea ostruttiva, sono più accessibili agli attacchi di peritonite pelvica, ed anche all'ematocele. V'è ragione a credere, che un ostacolo al deflusso del sangue mestruo possa talvolta dar origine a dilatazione delle trombe di Falloppio e a riflusso nella cavità peritoneale, dovuto probabilmente a contrazioni spasmodiche dell'utero. Ed è questo riflusso sanguigno, che può esser l'inizio d'una pelvi-peritonite o costituire una delle più miti varietà di ematocele (1).

Cura. — Se la contrazione è soltanto moderata, e se l'orifizio guarda nella direzione normale, si può ottenere la dilatazione co' dilatatori meccanici, come

(1) Per la prova anatomica sul proposito vedi Bernutz. « Clinique Médicale sur les maladies des Femmes ».

le bugie metalliche graduate, la sonda dilatatrice di Priestley (fig. 21), o qualunque de'dilatatori uterini. Possono adoperarsi le tente, ma esse implicano altrettanto pericolo quanto le incisioni limitate all'orifizio ed alla porzione inferiore del collo, e l'effetto prodotto non è ugualmente durevole. Se, nondimeno, l'orifizio si ritrae novellamente dopo la dilatazione, è bene ricorrere al metodo dell'incisione; e se la stenosi è molto considerevole, è meglio cominciare addirittura da questo metodo. Lo stato di anteflessione cervicale, che frequentemente si associa alla stenosi, ed in cui il collo, invece di essere quasi sulla stessa linea della cavità uterina (figg. 20, 37), è curvato in avanti, è una ragione di più per praticare la sezione posteriore del collo, anzichè contentarsi della semplice dilatazione dell'orifizio; e così il nuovo orifizio può guardare in una più naturale direzione (v. pp. 56 e 58).

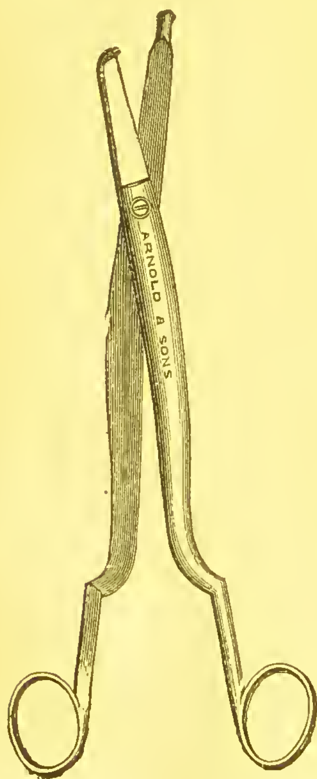


Fig. 16. — Forbici di Kuchenmeister.

Nel caso abbastanza raro che l'orifizio guardi nella sua direzione normale, l'incisione, se richiesta, dev'esser bilaterale. Essa può praticarsi o colle forbici di Kuchenmeister (fig. 16) o con qualunque metrotomo a due lame. L'incisione bilaterale non deve oltrepassare la metà della distanza dal punto della riflessione della vagina, altrimenti può conseguirne ectropio della cervice coi danni che ne derivano). Il metrotomo più comunemente usato è quello originale di Simpson (fig. 17). Esso è un bisturi na-

scosto, la cui sporgenza è regolata da una vite nel manico.

De' due metodi, quello delle forbici è più immune da pericolo essendo minore il tratto di tessuto inciso, ma l'incisione praticata col metrotomo lascia più completamente aperta la porzione inferiore del canale cervicale (v. fig. 18), e il pericolo non è che pochissimo maggiore, se si può aver cura di non incidere fino a raggiungere l'orifizio interno. L'operazione non rende indispensabile l'anestesia, a meno di non aver da fare con una inferma nervosa, massime se si adoperano le forbici, essendo il dolore di brevissima durata. Nondimeno l'anestesia della paziente permette di fare l'operazione con maggior libertà e regolare anche più esattamente la lunghezza dell'incisione. Una iniezione antisettica nella vagina è uopo che preceda l'operazione, e gli strumenti e le dita debbon esser con ogni cura pulite e disinfettate. Le incisioni possono farsi solamente coll'aiuto del tatto senza bisogno di speculum, oppure servendosi dello speculum di Sims. Adoperando lo speculum, il metodo più accurato è quello di tagliare prima l'orifizio esterno fino al punto che si desidera lungo la linea *a b* (fig. 18), e poi tagliare

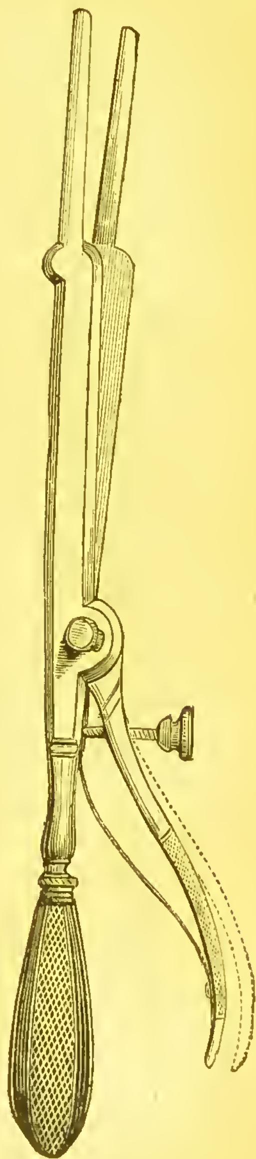


Fig. 17. — Metrotomo di Simpson.

l' angolo di tessuto sporgente *a b c* per mezzo del coltello di Sims (fig. 20). Se poi non si adopera lo speculum, si può cominciare col metrotomo di Simpson. Lo strumento si dispone in modo da fare una incisione discretamente larga, e la sua estremità s' inoltra in sopra fino a poca distanza dall' orifizio interno, vuol dire, cioè, ch'esso dev'esser introdotto nel canale cervicale per poco meno d' un pollice, e allora mentre lo si ritira, si apre gradatamente in modo da incidere secondo la linea *c a* (fig. 18). Accade di frequente che all' esterno l' incisione non abbia l' ampiezza desiderata, e allora la divisione dell' orifizio esterno può completarsi colle forbici per l'estensione voluta. Trattandosi di far la sezione posteriore per anteflessione cervicale, l' incisione va fatta fino, o quasi, alla riflessione della vagina, in modo da far corrispondere la nuova apertura più vicina alla linea della parte superiore del canale cervicale (fig. 20). Se poi l'incisione dev' essere bilaterale, il metrotomo di Peaslee, disposto in modo da tagliare al di qua dell' orifizio interno, fornisce il mezzo di fare incisioni simmetriche e limitate con precisione (fig. 23).

Nel duplice scopo d'evitare l'unione della ferita di prima intenzione, e di evitare assorbimento di materiale settico, è bene trattare l' incisione con una

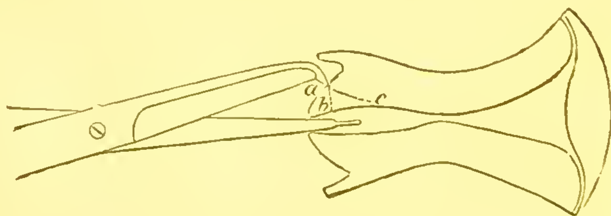


Fig. 18 — Forbici di Kuchenmeister. *ab.* linea d'incisione colle forbici, *ac.* linea d'incisione col metrotomo.

soluzione di cloruro di zinco (un grammo in 25). L'azione leggermente caustica di questa soluzione

rende le superficie scontinuate meno atte ad assorbire. Se la ferita sanguina molto, si fa uso del percloruro di ferro, e se non si riesce, si mette nella ferita un piccolo tampone di cotone assorbente bagnato nel percloruro, e fornito d' un filo per poterlo agevolmente estrarre dopo 12 ore. Un tampone più voluminoso bagnato in glicerina fenicata o iodata può esser introdotto nella vagina, non trascurando di farvi anche delle iniezioni antisettiche più volte al giorno. Esplorazioni digitali, ripetute di quando in quando per pochi giorni, varranno ad impedire la formazione di aderenze, e se l' incisione rimane in un primo tempo sufficientemente libera, in seguito l'orificio esterno ha poca tendenza a chiudersi. L'inferma deve restare a letto almeno per 10 giorni, e bisogna inculcare la massima vigilanza perchè la si faccia muovere con moderazione, e non si esponga al freddo, infino a che non sia finito il successivo periodo mestruale. Questa semplice operazione ha prodotto talvolta delle serie celluliti o peritoniti, ed anche la morte, ma son conseguenze dovute, o ad influenze settiche durante o dopo l'operazione, oppure ad imprudenze della paziente, e perciò possono essere evitate. Di 25 casi da me curati nel Guy's Hospital, solo in uno avvennero de'disturbi dopo l'operazione. Si manifestò una grave cellulite, la quale pare del resto fosse da attribuirsi a contaminazione settica della ferita per un caso di setticoemia verificatosi nella stessa corsia.

Ove la stenosi sia tale, che il metrotomo non può passare, e la lama delle forbici non può introdursi abbastanza per fare un'adeguata incisione, è conveniente cominciare col dilatare parzialmente l'orifizio per mezzo della sonda di Priestley (fig. 21), oppure dilatarlo con una tenta di laminaria. In casi estremi può essere necessario l' uso d' uno specillo a punta acuta, o d'un bisturi.

Il metodo di Marion Sims è di adoperare il suo speculum ed un coltello speciale, fatto d' una lama come quella di un rasoio, che può esser fissata a

qualunque angolo sull'estremità d'un lungo manico (fig. 19). Dapprima si adoperano le forbici, l'utero quindi è mantenuto da un uncino, mentre si fa col coltello un'incisione da sotto in sopra obliquamente, fino a raggiungere l'orifizio interno senza interessarlo, come si vede nella fig. 20. Nel caso di anteflessione del collo l'incisione dev'essere diretta indietro, altrimenti dev'essere bilaterale.



Fig. 19. — Coltello di Sims.

In un gran numero di casi di stenosi associati a dismenorrea. l'incisione del collo attenua la dismenorrea più o meno permanentemente, il che è comparativamente più raro per la sterilità. Il Dott. Gallen riferisce, che di 33 inferme da lui osservate 13 o 14 divennero gravide più tardi. È una proporzione certo non maggiore di quella, che può essere attribuita a mera coincidenza.

Stenosi dell'orifizio interno.

Etiologia ed anatomia patologica. — Le opinioni sono state su larga scala discordi quanto alla relativa frequenza della stenosi dell'orifizio interno, e alcune alte autorità, come Barnes e Schroeder, l'han detta tanto rara da non richieder mai o quasi mai alcun intervento operativo. La maggioranza nondimeno ritiene che almeno la stenosi relativa non è poi tanto rara, e questo è anche il criterio che risulta dalla mia propria esperienza. Da autopsie in gran numero di donne nullipare il Dott. Peaslee ha conchiuso, che la circonferenza media dell'orifizio interno equivale ad un cerchio che abbia 1/7 di pollice, (circa 4 mm.) di diametro, tale quindi da permettere con discreta facilità il passaggio della sonda

ordinaria, la cui estremità ha 1/8 di pollice per diametro. In donne che hanno avuto figli, che non sono

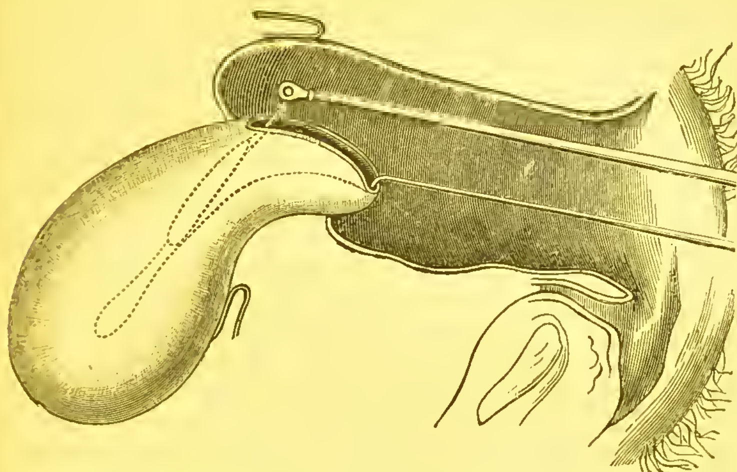


Fig. 20. - Sezione posteriore del collo col coltello di Sims.

state mai sterili, nè hanno sofferto dismenorrea, egli ha trovato una circonferenza media di quasi il doppio di quella delle nullipare, e che permetteva il passaggio d'una sonda del diametro di 1/5 poll. nella maggioranza de' casi, mentre in una larga minoranza soltanto poteva passarne una del diametro di 1/7 poll. o di 1/8. Sicchè un orifizio interno, il quale, prescindendo da flessione o da spasmo, non lascia prontamente passare una sonda ordinaria che non sia troppo grossa alla punta, è anormalmente piccolo. Inoltre è ben risaputo, che le donne che hanno avuto figli mestruano d'ordinario più facilmente che non le vergini o le nullipare, e che dopo una prima gravidanza, se nessuna condizione morbosa si manifesta, la probabilità di gravidanze ulteriori è aumentata. Si può da ciò inferire che la mestruazione e il concepimento possono essere facilitati, dilatando il collo, tanto da uguagliarlo a quello delle donne che hanno avuto figli. Riguardo alla dismenorrea questo trattamento è specialmente indicato, se il caso è complicato da flessione, da menorragia che può dare origine a formazione di grumi, dalla

fuoriuscita di frammenti di membrana, da eccessiva iperemia che può produrre tumefazione della mucosa vescicale nel periodo mestruale, o infine da uno stato irritativo del sistema nervoso, in virtù del quale ogni piccola causa di ostruzione provoca contrazioni uterine spasmodiche ed estremamente dolorose.

È a ricordarsi che lo sfintere più nettamente circoscritto nel canale uterino è quello dell'orifizio interno, e che la sua circonferenza quindi varia col diverso grado di tonicità muscolare. Pare nondimeno, che una volta completamente dilatato, come avviene nel parto, l'orifizio interno d'ordinario non ripiglia interamente le sue originarie proporzioni.

Da *stenosi acquisita* può essere affetto l'orifizio interno, come qualunque parte del canale cervicale, e può dipendere da retrazione cicatriziale in seguito all'uso dei caustici o altre operazioni, da endometrite con iperplasia della cervice, oppure da lesioni riportate durante il travaglio del parto.

Gli ESITI ed i SINTOMI della stenosi dell'orifizio interno sono analoghi a quelli della stenosi dell'orifizio esterno, che abbiamo di già descritti, e si associano sovente agli effetti dell'anteflessione.

DIAGNOSI. — L'arrestarsi della sonda in vicinanza dell'orifizio interno è più di frequente dovuto a flessione, che non a stenosi. Di questa si può sospettare, quando una sonda di completa grossezza non passa, ma ne passa invece una più fina benchè avente la stessa curvatura, ed all'uopo può bastare una sonda del diametro non maggiore di 1/10 o 1/12 poll. È assai raro che l'orifizio interno sia così piccolo, da non ammettere una sonda di 1/10 pollice di diametro, quantunque, esistendo flessione, sia ben difficile che la stessa sonda passi. Una stenosi temporanea, dovuta a contrazione spasmodica dell'orifizio interno, si distingue abbastanza agevolmente, perchè cede ad una pressione molto dolce. Quando esiste tale tendenza, d'ordinario vi è associata ristrettezza primitiva. Per diagnosticare la piccolezza d'un orifizio interno, che non può dirsi per sè stessa mor-

bosa in una nullipara, ma che può raggiungere le proporzioni d'una stenosi relativa nelle circostanze su descritte, occorrono sonde più grosse. Uno strumento molto utile per la diagnosi, come anche per effettuare e mantenere la dilatazione, è una sonda conica del diametro d'1/8 poll. alla punta, e di 1/5 poll. alla porzione che corrisponde all'orifizio interno. Se questa sonda può agevolmente passare, l'assenza di qualsiasi stenosi, anche relativa, è assicurata; se invece è arrestata, il punto ove s'arresta fornirà l'apprezzamento della circonferenza dell'interno orifizio, purchè si sia accertato col dito che l'arresto della sonda non dipende dall'orifizio esterno.

Cura. — La scelta fra le tente, le incisioni, o i dilatatori è più difficile per l'orifizio interno di quel che nol sia per l'esterno. Le incisioni sono più soggette ad esser seguite da aderenze e contrazioni nel primo, anzichè nel secondo, ma d'altra parte ben di frequente la dilatazione è seguita da contrazione. Nondimeno la circonferenza media dell'orifizio interno, nelle donne che hanno avuto figli, dimostra, che dopo una completa dilatazione esso d'ordinario non si richiude mai completamente, e quindi io stimo preferibile scender prima in campo con la dilatazione. Se dopo un temporaneo miglioramento si manifestano sintomi ripetuti di stenosi, oppure se si ha da fare con stenosi acquisita per retrazione cicatriziale del canale cervicale, si può far capo del metodo dell'incisione, ma secondo la mia esperienza la necessità d'incidere l'orifizio interno è estremamente rara. Forse il più sicuro modo per la dilatazione è quello di introdurre di tempo in tempo delle bugie metalliche graduate, leggermente coniche, fino a che il canale cervicale non sia considerevolmente più largo di quel che realmente occorra, e non lasci passare una bugia n.° 12 o 14, in modo da lasciare un largo campo alla contrazione susseguente. In casi di vergini, questo metodo presenta l'inconveniente, che per essere efficacemente utile richiede frequenti manovre. Un tale inconveniente si evita con la di-

latazione per mezzo d'una tenta di laminaria. La tenta dev'essere adoperata con le debite precauzioni (v.p.32). Ad ottenere una dilatazione piuttosto rapida si presta la sonda di Priestley (fig. 21), fatta da due branche unite all'estremità, che si allontanano l'una dall'altra per mezzo d'una vite fissata al manico, in modo che l'orifizio esterno è considerevolmente dilatato, e moderatamente lo è l'interno; il che vuol dire che la dilatazione è proporzionale alle relative dimensioni naturali dei due orifizî. La punta non deve aver più d'1/10 poll. di diametro, e le branche debbono essere atte a separarsi l'una dall'altra per 1/4 poll. a livello dell'orifizio interno. Nell'adoperare lo strumento bisogna aver l'accortezza di disgiungerne le branche a poco a poco, per evitare qualunque violenza contro le fibre muscolari. Se la vite funziona facilmente, il grado di resistenza del collo è presto apprezzato per mezzo del dito, e questo agevola la diagnosi e la cura. Altre forme di dilatatori meccanici sono state inventate da Ellinger ed altri, in cui le branche al numero di due o tre sono libere all'estremità, e vengono separate fra loro, chiudendo i manichi. Il più efficace è quello del Dott. Marion Sims precedentemente descritto (fig. 15), e generalmente non può essere introdotto in un collo piccolo, a meno d'esser preceduto da una dilatazione parziale per mezzo di bugie, tente od altro. Questo strumento è stato raccomandato per ottenere, coll'aiuto dell'anestesia, una dilatazione immediata e completa, ma è un espediente pericoloso, e dall'altra parte cogli strumenti più deboli è difficile, causa l'elasticità delle branche, apprezzare il grado di dilatazione ottenuta. È quindi preferibile in generale la dilatazione graduale.



Fig. 21. — Sonda dilatatrice di Priestley.

Le incisioni possono praticarsi o col metrotomo ad una lama di Simpson (fig. 17), o con qualunque de' numerosi metrotomi a due lame, introdotto senza alcuno speculum. Nell'incidere però l'orifizio interno bisogna esser più cauti, poichè i grossi vasi che a livello d'esso entrano nell'utero, non son molto lontani, e qualche volta sono avvenute delle emorragie allarmanti ed anche fatali. Il metrotomo del Dott. Greenhalgh (fig. 22) contiene un ingegnoso meccanismo, consistente in due lame che tagliano in fuori ed in basso, ed un congegno per regolare la larghezza dell'incisione. La quale però, fatta a questo modo, anche piccolissima, è pericolosamente larga all'orifizio interno, quando lo strumento è completamente introdotto. È quindi preferibile disgiungere le lame soltanto un poco, e tagliare nel mentre si ritira lo strumento. Un metrotomo più semplice per un simile uso è quello del Dott. Savage, nel quale ciascuna lama fa da scudo all'altra. I metrotomi a due lame son soggetti a tagliare i due lati inegualmente, o per asimmetria dell'utero, o per differenza di taglio nelle due lame. Col metrotomo di Simpson la profondità della seconda incisione è anche incerta, poichè non v'è solida resistenza al dorso dello strumento. Un' obbiezione più grave ad entrambe le forme di strumento è, che, come ordinariamente son fatti, essi sono così grandi da non poter essere introdotti, dovendo incidere l'orifizio interno, senza una dilatazione preliminare per mezzo di una tenta, dopo di che è ben difficile giudicare esattamente quanto si contrarrà novellamente il canale, e quindi quanto profonda debba essere l' incisione.



Fig. 22. — Metrotomo di Greenhalgh.

Uno strumento innocuo e molto utile, benchè poco conosciuto nella Gran Brettagna, è il metrotomo del D.r Peaslee (Fig. 23). Esso consiste in un tubo appiattito e ristretto a forma d' un porta-lapis nei suoi due pollici terminali, in cui scorre una singola lama a forma di lancetta verso la punta, ma spuntata all'estremità. Per ciascuno strumento vi son due lame, una con una superficie tagliente di 1|4 poll. l' altra di 3|16 poll. Una vite fissata sul manico della lama regola l' estensione del suo passaggio nell' utero. In generale per incidere l'orifizio interno basta la lama più stretta. Io ho adoperato una forma modificata di questo strumento, in cui il tubo è rotondo, invece di essere appiattito, e la porzione terminale più piccola, avendo un diametro di solo 1|12 poll. Essa può quindi attraversare un canale cervicale molto stretto, e va introdotta come la sonda ordinaria. Se l'utero è molto flesso, si ha cura di raddrizzarlo per mezzo d' una piccola sonda, secondo le norme descritte nel trattare delle flessioni dell'utero.



Fig. 23 — Metrotomo di Peaslee

Dopo l' incisione, per evitare che si riunisca di prima intenzione, è buono passarvi una soluzione di percloruro o sottosolfato di ferro, oppure di cloruro di zinco (1 gram. in 25), ed è altresì necessario mantenerla in certo modo pervia. L' introduzione immediata d' una asta intrauterina, come vien raccomandata da Barnes e da Marion Sims, è tutt' altro che esente da pericoli, ed è preferibile passare occasionalmente una grossa sonda conica. Ove mai si voglia far uso dell' asta, è prudenza aspettare due o tre settimane prima d' in-

trodurla, e adoperarla soltanto per poche settimane. Dopo l'incisione del collo l' uso dell'asta è più pericoloso che in qualunque altro tempo, e, se dopo tutto vi si ricorre, se ne usi una dilatabile, in modo che possa mantenersi da se (v. p. 110).

Sempre che vi è stenosi dell'orifizio esterno, non di rado l'interno è più piccolo del normale. È preferibile però non inciderli entrambi durante una sola operazione, poichè l' incisione limitata potrebbe risultare sufficiente, e la dilatazione susseguente necessaria a mantenere pervio l'orifizio interno non è più necessaria, dopo aver inciso l'orifizio esterno ed il canale cervicale.

CAPITOLO IV.

SPOSTAMENTI DELL'UTERO E DEGLI ORGANI PELVICI.

Importanza relativa degli spostamenti dell' utero. — L'attenzione speciale, che alcuni Ginecologi han rivolta negli ultimi anni allo studio de'cambiamenti di forma e di dimensione dell' utero, ha menato a molta discrepanza di opinioni, e messa in maggior evidenza l'importanza di questi cambiamenti. Così alcuni autorevoli scienziati sono andati tanto lungi da affermare, che in più che la metà delle inferme d' affezioni uterine, la forma dell'organo è materialmente alterata e la sua posizione marcatamente mutata; e, più ancora, che nella gran maggioranza di quei casi, che prima si ritenevano d'infiammazione cronica dell'utero, il carattere precipuo e davvero importante è un' alterazione della forma dell'organo. Altre autorità ritengono l' opinione, che pel passato era più in voga d' adesso, che, cioè, in tutti gli spostamenti dell'utero, eccetto i casi di manifesto prolasso, il principio veramente scientifico consiste nel curare per quanto è in noi i sintomi generali, e lasciare che lo spostamento prenda cura di se stesso. Ora la verità pare che risieda nel mezzo tra cotanto estreme opinioni. Pochi oseranno dubitare, che il trovare in un sistema meccanico di patologia uterina la chiave della gran maggioranza delle malattie peculiari alle donne sia una veduta tanto unilaterale, quanto il sarebbe attribuire la stessa importanza alle erosioni o lacerazioni del collo dell'utero. Ma è del pari tanto erroneo, dall'altra parte, ritener di lieve momento tutti gli spostamenti dell'utero, ad eccezione del prolasso esterno, per quanto lo è esa-

gerare l'importanza dell'anteversione o dell'anteflessione. Negli ultimi anni, seguendo la moda del giorno, v'è stata una tendenza, avvalorata da molte autorità, a dar troppo peso. o a' cambiamenti di posizione e di forma dell'utero, o alle lesioni meno importanti del collo, depreziando troppo in pari tempo l'importanza relativa dell'infiammazione cronica nei disordini pelvici delle donne. Nel presente lavoro gli spostamenti precedono l' infiammazione in grazia della loro maggiore semplicità meccanica, e non perchè io per avventura li ritenga elementi essenziali nella maggioranza de' casi. Molte delle figure servono ad illustrarli, e ciò affinchè le spiegazioni sieno così più pronte di quel che non sarebbero per mezzo di parole, mentre i disegni de'diversi momenti dell'infiammazione e di altri morbi del tessuto uterino e delle ovaie trovan posto più appropriato in opere più voluminose di ginecologia.

Gli spostamenti dell' utero possono esser causa o effetto d'iperemia cronica, d'infiammazione o d'iperplasia, e si è molto discusso per decidere quale sia l'ordine abituale di successione de' fatti. Quando uno spostamento è secondario ad iperemia o infiammazione , è fuori dubbio ch' esso ha forte tendenza a sostenere e rendere più intensa la condizione morbosa onde ebbe origine; quindi il principio generale quanto all'azione è, che trattandosi di uno spostamento importante per grado e per conseguenze, e che può esser curato o diminuito la mercè di un pessario immediatamente tollerato, la miglior via è quella di ricorrere ad un sollecito trattamento meccanico, in aggiunta ad altri rimedii. Questo è d'ordinario il caso degli spostamenti dell'utero in basso o indietro. Che se poi lo spostamento non sia che una leggiera deviazione dallo stato normale dell'organo, e se l'unico rimedio è un pessario, capace esso stesso di provocare irritazione , allora bisogna prima cercar di alleviare, se esistono , l' iperemia o l'infiammazione , per quanto è possibile con mezzi generali , e solo ricorrere al pessario , se pur lo si

creda, quando ogni altro trattamento sia stato provato insufficiente a diminuire i sintomi. Questo è più frequentemente il caso degli spostamenti anteriori.

V'ha de'casi, in cui si scopre accidentalmente una flessione molto acuta dell'utero senza sintomi di sorta, come del pari vi son casi di stenosi estrema senz' alcuna dismenorrea. Ciò avviene principalmente, quando la flessione è primitiva, e non è stata mai complicata da iperemia o da infiammazione, oppure quando in seguito alla menopausa tutte queste complicazioni han di molto rimesso. Spostamenti di minor entità possono non di rado aver luogo senza sintomi, e quando non esistono sintomi il trattamento non è certamente necessario, come, quando esistono, non bisogna affrettarsi ad affermare, specie nel caso d' un' anteversione o un' anteflessione, che dipendano dallo spostamento, o non siano piuttosto una concomitanza puramente accidentale. V'è un'altra classe di casi, ne' quali il trattamento meccanico è di regola proibito, quelli, cioè, in cui lo spostamento è secondario ad aderenze o a depositi infiammatorii che fissano fortemente l' utero. In tali contingenze solo una cura palliativa è ammessibile, poichè ogni tentativo di ricondurre immediatamente l' utero al suo posto è pericoloso, e mentre il pessario da una parte non fa nulla contro lo spostamento, irrita dall'altra con la sua pressione.

Posizione normale dell'utero. — Allo stato sano e di vacuità l' utero è un organo mobilissimo, poichè tutto il suo corpo è libero da ogni attacco, eccetto quello molto debole che gli procurano i legamenti largo e rotondo, ed è questa una condizione necessaria per il suo sviluppo durante la gravidanza. L'asse dell' utero normale varia da una linea retta ad una linea curva, la cui concavità guarda in avanti, e il cui angolo non eccede 45°. La stabilità dell'asse durante i movimenti dell'utero dipende unicamente dalla solidità dello stesso tessuto uterino. I principali sostegni dell'utero sono: anteriormente, il suo attacco colla vescica e per essa co' pubi; poste-

riormente, i legamenti utero-sacrali. Mediante questi attacchi il centro dell' organo è reso comparati-

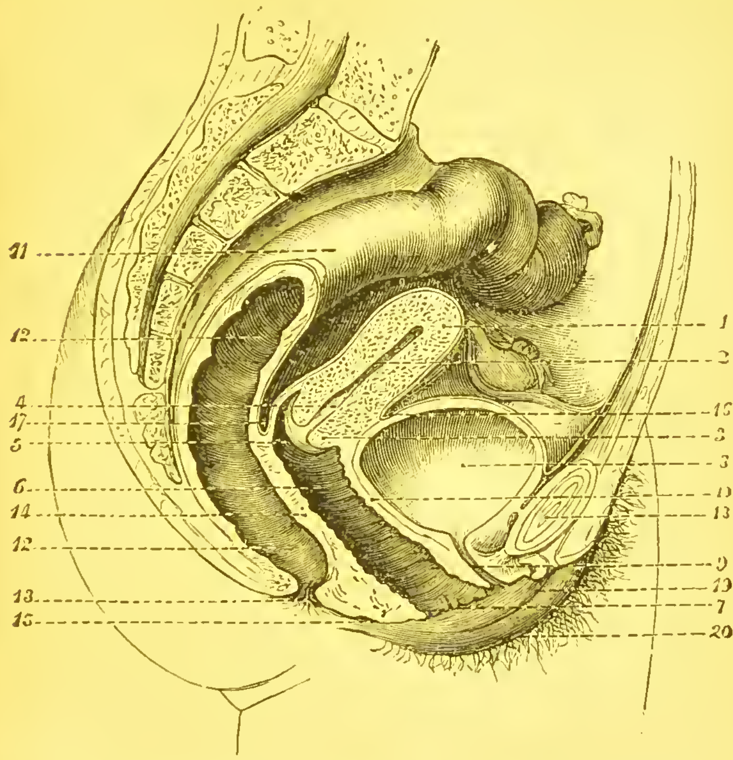


Fig. 24 — Sezione longitudinale degli organi pelvici (secondo Sappey). 1. corpo dell'utero; 2. cavità uterina; 3. porzione vaginale; 4. canale cervicale; 5. orifizio esterno; 6. vagina; 7. orifizio della vulva; 8. interno della vescica; 9. uretra; 10. setto vescico-vaginale; 11. retto; 12. cavità rettale; 13. ano; 14. setto retto-vaginale; 15. perineo, formante il margine inferiore del corpo perineale triangolare; 16. fossa vescico-uterina del peritoneo; 17. fossa retto-vaginale, o di Douglas, del peritoneo; 18. osso del pube; 19. piccolo labbro; 20. grande labbro.

vamente un punto fisso, mentre i legamenti larghi poco o nulla ostacolano gli spostamenti indietro o in avanti del corpo, e solo parzialmente limitano gli spostamenti laterali. I legamenti rotondi hanno una

certa azione nel tirare il fondo in avanti in seguito a spostamento per distensione della vescica o per altra causa, ma sono d'ordinario poco atti ad impedire gli spostamenti.



Fig. 25. — Sezione verticale diagrammatica, per illustrare le relazioni tra l'utero e la vagina nelle vergini, a vescica quasi vuota.

In media la direzione dell'asse dell'utero coincide con quella dell'asse del distretto superiore. Varia nondimeno secondo le circostanze e secondo le diverse posizioni del corpo, essendo inclinato più anteriormente nella posizione eretta ed a vescica vuota (fig. 25), e più posteriormente, quando la vescica è piena e il retto nello stesso tempo vuoto. Oltre questi movimenti su d'un asse trasversale che passa quasi pel suo centro, l'utero nel suo insieme è capace d'un certo numero di movimenti in sopra ed in sotto, a'quali pren-

de necessariamente parte la vescica. Nella fig. 24 e nelle altre, che illustrano gli spostamenti dell' utero e la posizione de'pessarii, la vagina è rappresentata, per amor di chiarezza , come formante una cavità. Questo però non è il suo stato nella donna viva, a meno che le pareti non ne siano state fra loro separate dalla introduzione del dito o d' uno strumento, oppure che non vi sia entrata dell'aria nella posizione di pronazione o di semipronazione. Normalmente essa è appiattita in modo che le pareti anteriore e posteriore si toccano (fig. 25). La sua direzione è quasi ad angoli retti con l'asse del distretto superiore del bacino, e così la sua parete anteriore, subendo per mezzo della vescica la pressione intraddominale, è sostenuta dalla parete posteriore. Nel caso di rottura del corpo del perineo la metà inferiore della parete vaginale anteriore rimane priva di sostegno, e comincia ad estuberare in quel punto.

La pressione delle intestina ha un' importante azione nel conservare o modificare la posizione dell'utero. Essa non è uguale in tutti i lati, come la pressione d'un liquido, ma è atta a divenire considerevole dove le porzioni del tubo intestinale sono più grosse o più numerose. Questo è d'ordinario il caso della fossa retrouterina del peritoneo , ch' è più ampia dello spazio di rimpetto al fondo dell' utero (fig. 25), quindi la pressione intestinale è un elemento importante nel mantenere una lieve anteversione dell'utero, a vescica vuota, in rapporto all'asse della pelvi. Allo stato sano la vagina, come una colonna muscolare della forma d'un cilindro appiattito, ha pure una certa influenza nel sostenere l' utero ; ma quando essa è eccessivamente rilasciata, quest'influenza viene a cessare, specie quando per lacerazione più o meno completa del corpo del perineo (fig. 24 14, 15) nel travaglio del parto, il cilindro ha perduto la sua base di sostegno. È allora che la vagina diventa spesso un agente attivo nel produrre prolasso.

Cause degli spostamenti in generale. — Lo spostamento dell' utero può esser prodotto da qualunque causa

tenda ad aumentarne il peso, indebolirne gli attacchi, spingerlo o trascinarlo fuori posto, o diminuire la solidità dello stesso tessuto uterino, il quale ultimo elemento entra specialmente in campo nel produrre la flessione. L'aumento di peso è dovuto assai di frequente a presenza di fibroidi o altri tumori, a subinvoluzione o iperplasia di tutto o di parte dell' utero, ad iperemia o a gravidanza. Le cause tendenti ad indebolire i sostegni dell' organo possono essere difetto di nutrizione generale e rilasciatezza di tessuto, associata con una costituzione debole, massime se accompagnata da deficienza di adipe. Nondimeno gli effetti più importanti son quelli della gravidanza e del parto, che non solo producono la distensione e la perdita di tono di tutti i legamenti uterini e della vagina, ma spesso ledono anche più o meno il corpo del perineo. Alla gravidanza ed al travaglio del parto va unito un peso eccessivo dell' utero, infino a che la sua involuzione rimane incompleta, ed è perciò che il lasciar il letto troppo presto, o trapazzarsi indebitamente dopo lo sgravo è la causa più comune di serii spostamenti. Fra le cause esterne vanno annoverati gli effetti di sforzi muscolari o le cadute, che posson produrre uno spostamento subitaneo dell'organo fin allora sano. Ma ciò è comparativamente raro, mentre è più comune uno spostamento graduale, prodotto da esercizii muscolari prolungati nella posizione eretta (come avviene nelle lavandaie), oppure da sforzi ripetuti di qualunque specie, come tosse cronica o conati nella stitichezza abituale. Fra le cause, che posson rendere eccessiva la pressione intraddominale, non va taciuto delle cinture troppo strette. Le forze più irresistibili che tendono a spostare l'utero son quelle esercitate da tumori, versamenti di liquidi, o depositi infiammatorii ed aderenze che lo spingono fuori posto.

Il rammollimento del tessuto uterino è una causa importante di flessione. Può dipendere da imperfetta nutrizione, come avviene di frequente in giovanette presso all'epoca della pubertà per vitto insufficiente

o cattivo, oppure per imperfetta digestione, specialmente se vi s'associi una vita troppo sedentanea e mancamento d'aria e d'esercizio. Nel primo periodo dell'iperemia uterina o metrite cronica, l'utero è molle e aumentato di volume, quindi molto soggetto alla flessione, mentre nell'ultimo periodo esso s'indurisce. Anche dopo il parto l'utero è molle, ed ogni causa che ne impedisca la involuzione contribuisce a mantenerlo tale.

Retroversione e Retroflessione dell'Utero.

Anatomia patologica.—Nella retroversione la forma dell'asse uterino rimane inalterata, ma tutto l'organo è girato indietro in modo che il fondo è rivolto verso il sacro, e l'orifizio verso i pubi. La retroversione è possibile mediante un angolo molto largo, e non di rado essa avviene ad un angolo di 135° (fig. 26). Nel caso d'un utero gravido al terzo o al quarto mese l'angolo di retroversione può essere di 180°, di modo che il fondo fa pressione in basso sul perineo, trascinandosi dietro la borsa retrouterina del peritoneo, e distendendo il setto retto-vaginale.

Nella retroflessione l'asse uterino è ripiegato su se stesso, in modo da formare una curva con la concavità rivolta indietro. In generale la curva non è uniforme, ma presenta un punto massimo di curvatura in vicinanza dell'orifizio interno. Nella semplice retroflessione la direzione dell' orifizio può rimanere inalterata, ma più di frequente la retroflessione è associata ad un certo grado di retroversione, quindi l'asse dell' utero è trasportato indietro, mentre l'orifizio è girato in avanti (fig. 27). Dall'altra parte nella retroflessione primitiva l'orifizio può essere rivolto troppo indietro, come nell'anteversione. Nel caso di flessione recente, sia in dietro che in avanti, la parete uterina dal lato della convessità della curva diventa più sottile a causa del distendimento, proprio come avverrebbe in un tubo di caoutchouc.

Nondimeno ne' preparati d'anatomia patologica di casi antichi di flessione spesso si trova, che quella

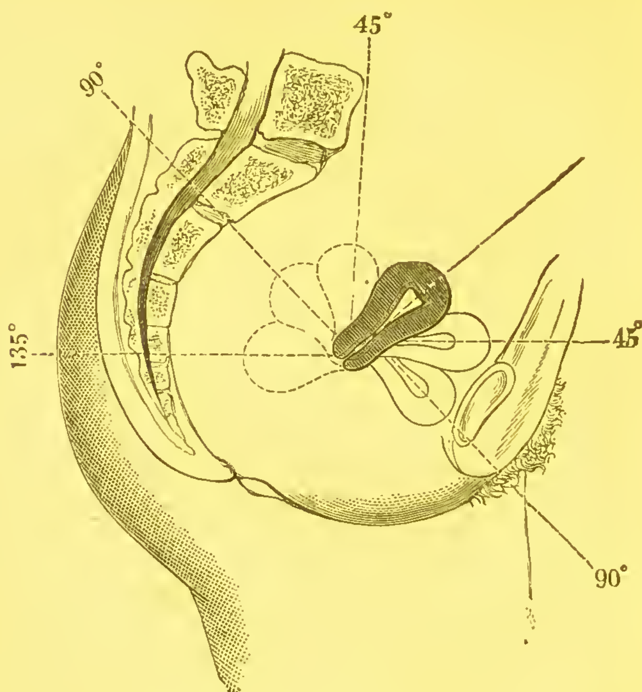


Fig. 26. — Gradi di retroversione e di anteversione.

ch'è più assottigliata è invece la parete dal lato della cavità. Questo può essere il risultato di pressione prolungata e d' impedita circolazione, oppure può dipendere dall'essere la flessione stata prodotta nel suo primo momento da incompleto sviluppo della parete uterina anteriore o posteriore. L'occasionale esistenza d'una simile condizione spiega la gran difficoltà, che s'incontra talvolta nell'impedire il ripristinarsi dell'utero nella sua forma viziosa, dopo essere stato raddrizzato.

Della Retroversione e della Retroflessione **dell'utero gravido** non ci occupiamo qui, poichè son trattate nelle opere d'ostetricia.

Etiologia. Le cause predisponenti son le stesse che abbiamo enumerato per gli spostamenti in generale. La retroversione si associa specialmente al prolasso, poichè, come l'utero discende, tende a seguire l'asse curvo della pelvi, e il collo si muove verso

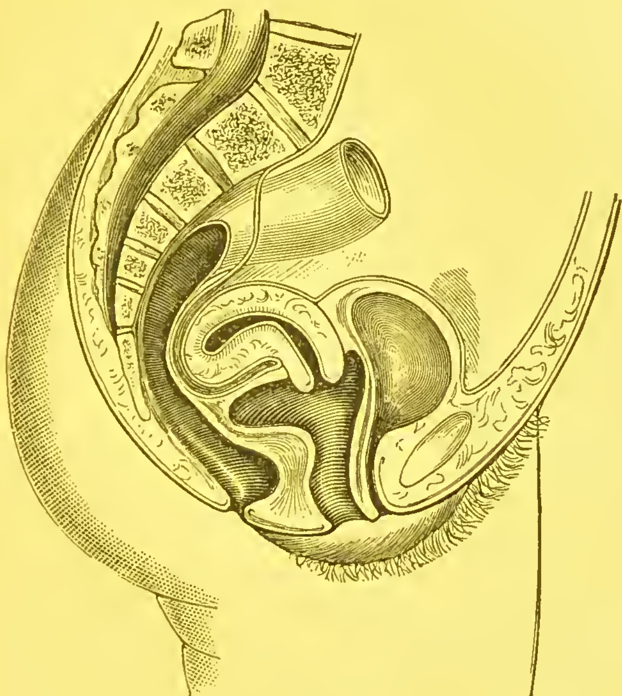


Fig. 27.— Retroflessione dell'utero associata a retroversione.

dove incontra meno resistenza, cioè verso la vagina)fig. 40). Le cause del prolasso, quindi, quasi sempre producono una certa retroversione. La retroversione inoltre può essere effetto di gravità, se la donna si mantiene persistentemente in posizione dorsale (come su d'una poltrona), massime dopo il parto, quando l'utero è pesante. L'effetto può esser reso maggiore da cinture troppo strette. Un effetto somigliante può esser prodotto da eccessiva distensione della vescica, molto facile nelle donne. Uno sforzo

muscolare in simili condizioni aumenta immantinenti la retroversione.

La retroflessione è raramente primitiva, ed in tal caso dipende da incompleto sviluppo della parete uterina posteriore nella vita fetale, oppure all'epoca della pubertà, quando l'organo cresce rapidamente. Nella gran maggioranza de' casi essa è secondaria, e si sviluppa da una parziale retroversione. Ciò può dipendere in parte dalla gravità, ed in parte dalla pressione intraddominale, sia graduale che provocata da sforzi muscolari. Quando la retroversione oltrepassa un angolo di circa 55°, il peso stesso del corpo dell' utero nella stazione eretta tende ad aumentare la retroversione o a convertirla in retroflessione, invece di tendere a portare il fondo in avanti come nello stato normale (*paragonare* fig. 26 e 40 con fig. 24 e 25). Stando la donna seduta o sdraiata su d'una sedia, questo effetto si ha ad un angolo minore di 55°, poichè allora l'inclinazione pelvica è diminuita. Ripeto, quando esiste una parziale retroversione, le anse intestinali hanno più spazio di fronte al fondo dell' utero di quello che non hanno dietro, e così la pressione intestinale che dovrebbe mantenere il fondo in avanti, agisce invece sulla sua superficie anteriore, e la spinge in basso nella concavità del sacro. Per tal modo si ha un aumento di retroversione se l'utero è abbastanza rigido, ma se è molle la retroversione è mutata in retroflessione. Un'altra causa di retroflessione può essere un fibroide allogato nella parete uterina posteriore.

Sintomi ed esiti.—Le versioni dell'utero, quando non siano di estremo grado, producono conseguenze relativamente lievi sull'utero medesimo, poichè i sintomi principali son quelli dovuti allo stiramento de'legamenti ed alla pressione sugli organi vicini, e quelli che appartengono all' iperemia o all' infiammazione concomitante. Una flessione primitiva può produrre lievissimo o niun effetto, poichè allora il canale uterino è adattato alla curva dell'utero, e il

suo calibro non dev'esser necessariamente diminuito. Quando però un utero originariamente dritto, o quasi, si flette, allora il canale tende ad appiattirsi, proprio come accadrebbe in un tubo di sostanza molle. Questo appiattimento sarà più pronunziato, come spesso accade nella flessione acquisita, se la curva non è uniforme nella sua estensione, ma è più accentuata in vicinanza del punto d'unione del corpo col collo, dove le pareti muscolari sono più sottili di quelle del corpo. L'effetto della flessione sull'utero allora può essere duplice. In primo luogo son compresse le vene per il ripiegamento dell'organo nel punto dove esse vi penetrano, in secondo luogo viene ostacolata la fuoriuscita del sangue mestruo e delle altre secrezioni. Dalla compressione delle vene può risultarne iperemia passiva, menorragia o metrorragia e vulnerabilità ad ogni lieve stimolo; dal secondo fatto può derivarne ipertrofia del tessuto muscolare pegli sforzi intesi a vincere l'ostruzione e tutti gli effetti dell'ostruzione medesima, come dismenorrea, sterilità e specialmente endometrite per irritazione prodotta dalle secrezioni ritenute. Tutti questi effetti posson ricevere notevole incremento, se v'esiste tendenza ad iperemia o ad endometrite, indipendentemente dallo spostamento, e possono mancare interamente in alcuni casi, in cui l'utero è perfettamente libero da congestione, e i vasi hanno avuto il tempo di accomodarsi alla flessione. L'iperemia passiva è di gran lunga maggiore nella retroflessione che non nell'anteflessione, poichè il fondo ingrandito e spinto nella concavità del sacro si trova in mezzo ai legamenti sacro-uterini, e può venir compresso da questi in ambo i lati. La menorragia o metrorragia è quindi sintoma più saliente di retroflessione che non di anteflessione, mentre la sterilità non è così generale, visto che gli spostamenti son più comuni nelle donne che hanno avuto figli, e per conseguenza non v'è stenosi del collo che complichi la flessione. Gli aborti ripetuti al terzo o al quarto mese sono uno degli esiti frequenti, poichè

l' utero è incapace di sorpassare la pelvi. Oltre i sintomi di strozzamento per pressione fatta da' legamenti utero-sacrali nella retroflessione, ve ne sono altri che possono esser alleviati la mercè d' un pessario, quando il fondo può esser senza difficoltà spinto in alto dal dito introdotto in vagina. Siccome un certo grado di discesa del fondo al disotto del suo livello normale è difficile che manchi nella retroversione o nella retroflessione; così uno de' sintomi più frequenti è il dolore prodotto dallo stiramento de' legamenti uterini. Occasionalmente si formano delle aderenze in seguito ad una peritonite parziale, ed il fondo rimane allora come impastoiato in una direzione all' indietro.

Molti degli altri sintomi della retroversione e della retroflessione son comuni alla massima parte delle malattie uterine, e son dovuti ad iperemia, endometrite o metrite concomitante. Tra essi sono i dolori che si estendono alle cosce, disturbi digestivi, manifestazioni isteriche, o, in donne isteriche, paralisi funzionale. V' è un dolore però, che si distingue da tutti gli altri nella retroversione, e più ancora nella retroflessione, ed ha sede sul sacro, e diventa più intenso nella defecazione. Il dolore nella defecazione è dovuto alla pressione fatta sul fondo dell' utero, il quale negli spostamenti considerevoli invade il calibro del retto (fig. 37), e sovente si associa a tenesmo rettale e ad un' eccessiva secrezione di muco vischioso, che vien fuori dalla mucosa del retto. Spesso v' è anche una ostinata costipazione, dipendente in parte dal grado d' ostruzione meccanica ch' esiste, ed in parte dal dolore nella defecazione. In entrambe le forme di spostamento il coito è causa meccanica d' infiammazione, specie nella retroversione di circa 90°, quando il collo giace quasi direttamente nella stessa linea della vagina, ed è anche troppo in basso (figg. 26 e 40), in modo che rimane esposto ad urti diretti, a' quali non va normalmente soggetto. La vescica è meno interessata nella retroflessione che non nella retroversione, in cui la pres-

sione del collo può produrre irritabilità, oppure, se l'utero è ingrandito da un tumore o da gravidanza non inoltrata, può cagionare ritenzione d'urina, ch'è uno de' sintomi più caratteristici della retroversione dell' utero gravido.

Diagnosi. — Nella retroversione praticando il riscontro vaginale si trova l'orifizio girato in avanti, spesso fino al punto di guardare in direzione della vagina o anche più anteriormente. Per mezzo dell'esame bimanuale, situando la mano esterna in basso, in modo da sovrapporsi al dito che sta in vagina, si constata l'assenza del fondo dalla sua normale posizione. Il corpo dell' utero si tocca più o meno col dito dietro l'orifizio, ma senza alcuna concavità o angolo tra esso e il collo. Si può farlo muovere insieme col collo, quando non sia fissato da aderenze, e, s'è necessario, la diagnosi può essere confermata dalla sonda, introdotta colla concavità rivolta indietro.

Nella retroflessione l'orifizio può guardare nella direzione normale, o anche troppo indietro, ma più spesso è rivolto in avanti. Il fondo si tocca dietro l'orifizio come un tumore globoso con concavità tra esso ed il collo. Troppa rigidità muscolare, distensione delle pareti addominali ecc. rendono la diagnosi più difficile. Talvolta può bastare il solo dito a tracciare la continuità tra il fondo e il collo e la loro mobilità, ma quella che decide è la sonda. Essa però va evitata, sempre che v'esista infiammazione attiva. Se l'orifizio guarda nella direzione normale, dopo curvata la sonda ad un grado approssimativo alla curvatura che si suppone avere l'asse uterino, s'introduce prima con la concavità in avanti, e quando ha raggiunto l'orifizio interno, con un *tour de maitre* si rivolge in senso opposto (fig. 31). S'inoltra allora fino al fondo portando il manico in avanti, quanto è necessario, e spingendo in pari tempo in alto il fondo mediante il dito ch'è in vagina. Se l'orifizio è girato in avanti, la concavità della sonda dev' esser rivolta prima indietro. I casi più difficili

di diagnosi sono, quando il fondo è aderente a fibroidi o altri tumori, o a tumefazioni infiammatorie, e allora solo dalla sonda si può sperar qualche aiuto. Un piccolo fibroide nella parete uterina posteriore può esser causa di errore, specialmente perchè in generale produce sempre un certo grado di retroflessione. La diagnosi allora dev' essere fatta riconducendo a posto l' utero colla sonda, e poscia osservando, se sia interamente sparita la tumefazione precedentemente notata dietro il collo.

Cura. — Ne' gradi leggeri di spostamento indietro, non accompagnato da molta discesa, specialmente se l'utero non è ingrandito, oppure se è atrofico, come dopo la menopausa, il trattamento meccanico può non esser necessario. La necessità di mantenere a posto l' utero è in ragione dell' ingrandimento del fondo e del grado di sua discesa nel cul di sacco posteriore. Sicchè, nella maggioranza de' casi di retroversione o retroflessione abbastanza estese, eccetto quando lo spostamento sia secondario d' un' infiammazione periuterina, il trattamento va cominciato col ricondurre l' utero a posto, mantenendovelo quanto è possibile, e dopo questo i rimedii per combattere un'iperemia o un'infiammazione concomitante saranno più efficaci. Ciò dipende dal fatto che lo spostamento può essere in generale rettificato in modo più o meno completo la mercè d' un pessario di Hodge, che d' ordinario è tollerato, anche quando l' utero è molto tenero. L' azione meccanica di questo pessario, che vien chiamato talvolta il pessario leva, è duplice. In primo luogo la sua porzione posteriore distende indietro ed in sopra il cul di sacco vaginale posteriore, e quindi mentre tira il collo indietro, gira il fondo in avanti. L' utero stesso può esser qui considerato come una leva, avente nel suo centro il fulcro e la potenza applicata al collo. Questo meccanismo dunque tende a combattere la retroversione, ma non ha azione diretta sulla retroflessione. La seconda azione del pessario è quella per la quale la sua porzione posteriore, quando sia abbastanza lun-

ga e incurvata verso sopra, spinge direttamente in alto il fondo già spostato, oppure, ciò ch'è più fre-



Fig. 28. — Pessario di Hodge.

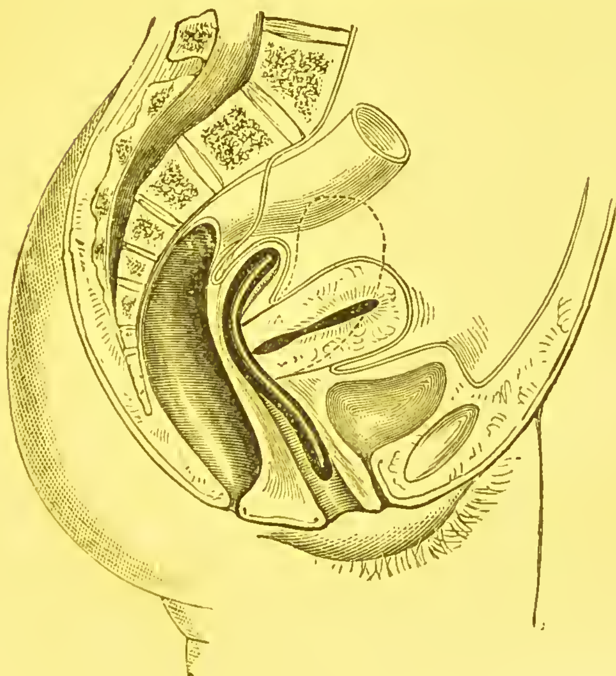


Fig. 29. — Pessario di Hodge in sito.

quente, gl'impedisce di ritornare, quando per altri mezzi è stato ricondotto a posto (v. linea punteggiata fig. 29). La leva qui è costituita dal pessario,

il fulcro è un asse trasversale che passa approssimativamente pel suo centro, e sul quale esso è capace di oscillare a misura che vien afferrato dalle pareti vaginali ; la potenza è la pressione della parete vaginale anteriore sul membro anteriore del pessario , pressione che vien di molto accresciuta da qualunque sforzo espulsivo ; la resistenza infine è rappresentata dal fondo dell'utero , che la porzione posteriore del pessario spinge in alto. Alcuni autori han negato quest'ultima azione , sostenendo che il pessario è utile soltanto nella retroversione e non nella retroflessione. Se così fosse, un pessario piano sarebbe il migliore , come il più adatto a tirare il collo indietro ; ma l' esperienza dimostra che un pessario lungo con una curva sacrale molto pronunziata spesso riesce nella retroflessione , quando il pessario piano è stato impotente.

È impossibile del resto che il pessario riconduca completamente a posto un utero retroflesso, e quando anche lo si adoprerà col miglior successo, il fondo dell' utero non si troverà più in contatto con la porzione posteriore del pessario (fig. 29). Ciò dipende da due cagioni : prima, che il fondo può essere spinto in sopra a tale estensione che il peso stesso dell'utero nella posizione eretta tenda a rimediare, invece di aggravarlo , allo spostamento (vedi linea punteggiata fig. 29); seconda, che quando si son lasciate andare le intestina nella fossa retrouterina del peritoneo, esse riprendono la loro funzione normale premendo principalmente sulla superficie posteriore dell'utero, e tendono così a ridurre gradualmente qualunque retroflessione. Del resto il pessario può far bene sostenendo direttamente il fondo, in casi specialmente di fibroidi nella parete uterina posteriore.

Il pessario di Hodge è stato costruito in differenti forme, le quali hanno avuto differenti nomi. Quello più generalmente in uso è disegnato nelle figg. 28 e 29. La curva superiore o sacrale è considerevole , leggiera quella pubica o inferiore, e appena suffi-

ciente a distribuire ugualmente la pressione sulla parete anteriore della vagina. L'estremità inferiore è retta nel centro, ma bene arrotondata agli angoli. Tutto lo strumento dev' esser di circa 3[10 poll. di diametro, in modo che la sua pressione sia facilmente sopportata. In sito il pessario non deve poggiare contro le branche de'pubi o altro sostegno osseo, ma dev' esser sostenuto dalle pareti elastiche della vagina.

È opportuno dir qualche cosa qui de'materiali impiegati nella costruzione de' pessarii in generale. Il migliore di tutti è la vulcanite, poichè è leggiera, liscia, non assorbe, e può prontamente piegarsi come si vuole. Si può piegarla mettendola nell'acqua calda presso a bollire, e dopo averle data la forma voluta si immerge nell'acqua fredda. Un altro metodo è di spalmarne d'olio la superficie, e poi muovere lo strumento rapidamente in dietro ed in avanti attraverso la fiamma d'una lampada a spirito, finchè non sia rammollito a sufficienza. Quest' ultimo metodo è preferibile, quando si deve piegare solo una parte del pessario, ma si richiede un po' di pratica per evitare di bruciarne la superficie e distruggerne la pulitura. Il celluloide o xilonite è anche un buon materiale, ma ha lo svantaggio di non esser rammollito colla lampada a spirito, ma solo coll'acqua calda. I pessarii di Hodge si fanno anche di tubi di stagno, e possono esser piegati con le mani. Questi ultimi rispondono benissimo, ma sono più pesanti di quelli di vulcanite, son soggetti a separarsi dove i tubi sono saldati insieme, e non sono ugualmente puliti. Si posson fare pessarii vuoti di alluminio o di platino, ma non si possono modificare. Di tutti i materiali poi il peggiore è la guttaperca, poichè diventa rapidamente rugosa, e produce irritazione. Il caoutchouc è preferibile, ma ha un po' di potere assorbente, ritiene le secrezioni, e può tornare dannoso.

La parte superiore del pessario raccomandato dal

D.r Thomas è fatta molto grossa, e questo per impedire il ritorno del fondo, mentre la sua pressione è distribuita. È un eccellente divisamento, ma ha l'inconveniente di rendere lo strumento molto costoso. L' altra peculiarità è, che la estremità inferiore è piegata molto in basso, per evitare pressione sull' uretra, ed è quasi puntuta, in modo che può restare tra le branche de'pubi ed impedire la rotazione. Pressoché analoga è la forma preferita dal D.r Barnes, ed un pessario molto in uso in America, il pessario di Albert Smith, ha anch' esso una parte anteriore molto stretta ed una curva pubica molto pronunziata. Contro questa forma si obbietta che la



Fig. 30. — Pessario di Thomas per la retroflessione.

estremità puntuta forma una specie di cuneo, che facilita lo scivolare del pessario, e che la sua curva pubica molto pronunziata determina ostruzione della vulva, ciò ch'è un serio inconveniente nelle donne maritate, mentre il pessario di Hodge (fig. 28 e 29) rimane completamente indietro ed al di sopra dell' apice dell' arco pubico. Il gran vantaggio del pessario di Hodge è ch'esso non impedisce il coito, ma può favorire il concepimento in donna precedentemente sterile. È dunque importante, nelle donne

maritate, che la parte inferiore del pessario rasenti la parete anteriore della vagina, e sia nello stesso tempo in alto e protetta al di dietro de' pubi. Nel pessario del D.r Greenhalgh, per raggiungere il suo scopo, la parte inferiore è fatta di caoutchouc, e tutto il resto dello strumento è fatto di un certo filo elastico coverto di caoutchouc, in modo che può esser premuto tutto insieme mentre s'introduce. Ha però l'inconveniente d'esser poco pulito, e dippiù, rammollendosi il caoutchouc nella vagina, gli angoli dello strumento potrebbero ferire i tessuti. È avvenuto a me di vedere in parecchie occasioni delle ulcerazioni molto profonde nelle pareti vaginali prodotte a questo modo.

In alcuni casi, quando v'è una notevole iperemia, tumefazione e rammollimento del fondo, come avviene più di frequente nella retroflessione che non nella retroversione, è bene, prima di pensare al pessario, curare queste condizioni col riposo a letto per pochi giorni, con aperienti salini, con sedativi, e talvolta con una deplezione locale. Lo stesso metodo bisogna seguire, quando il pessario non è tollerato a causa della sua pressione sul fondo.

Se, anche dopo simili cure, il pessario di Hodge non è tollerato, un pessario elastico fatto di molla d'acciaio coverta da caoutchouc, e che sarà descritto più avanti come uno de' migliori pel prolasso, può esser utile, almeno come una risorsa temporanea. Esso si oppone alla discesa ed alla retroversione, benchè abbastanza raramente esso torni utile contro la retroflessione.

Pria che si adoperi il pessario, è mestieri che l'utero sia possibilmente rimesso a posto per mezzo del dito, il che può esser fatto nella posizione laterale, ma meglio nella semipronazione. Con uno o due dita si retrae il perineo, si permette l'entrata dell'aria nella vagina, il fondo si spinge in alto, ed il collo, se guarda troppo in avanti, in seguito lo si tira indietro. Qualche volta la mano esterna che sta su'pubi può esser d'aiuto nel portare il fondo com-

pletamente in avanti. All'uopo, l'inferma si situa in posizione dorsale; le dita che sono in vagina prima sollevano il fondo per quanto è possibile, e poi spingono il collo molto indietro, mentre la mano esterna infossata poco al disotto dell'ombelico cerca di mettersi dietro il fondo per poterlo così menare in avanti in anteversione. La stessa introduzione del pessario di Hodge può compiere o completare la manovra di ricondurre l'utero a posto.

Per introdurre il pessario, l'inferma dev'essere in posizione laterale sinistra o in semipronazione, e lo strumento s'introduce di lato finchè non abbia oltrepassato metà della vulva, mentre un dito della mano sinistra mantiene retratto il perineo, e poscia lo si dirige piuttosto indietro per evitare pressione contro la sinfisi de' pubi. Quindi con un movimento di rotazione il pessario vien messo nella direzione in cui deve stare, con la concavità della sua curva superiore o sacrale rivolta in avanti. Dipoi s'introduce l'indice della mano destra dietro l'estremità inferiore del pessario, ed uncinandone con esso la estremità superiore la si tira indietro sul collo, spingendola in pari tempo verso sopra nel cul di sacco posteriore. L'estremità superiore del pessario tende sempre a portarsi in alto di fronte al collo, e quando la curva sacrale n'è molto pronunziata, può esser difficile combattere questa tendenza. Riesce spesso utile in simile circostanza non rotare completamente il pessario nella direzione destinatagli, ma mantenerlo in certo modo diagonalmente, finchè la estremità superiore non sia passata dietro il collo. Una volta piazzato, il pessario non deve recar dolore, altrimenti è segno ch'è troppo grande, o troppo angolare, o infine impropriamente situato, e bisogna ritirarlo immediatamente.

Se in un caso di retroflessione il fondo può esser in buona parte ricondotto a posto con tali mezzi, si può lasciare il pessario per completare gradatamente la riduzione, e la sua azione come leva è più efficace quando l'inferma sta in piedi e si muove at-

torno, anzichè quando è confinata a letto. Anche nella retroversione un tal metodo raramente fallisce. Avviene però talvolta nella retroflessione, o che il pessario non riesce in qualunque modo a sollevare l'utero, e solo esercita su di esso una pressione dolorosa, oppure che la sua estremità superiore si adatta alla concavità nella superficie posteriore dell' utero sollevando tutto quanto l'organo, mentre il fondo rimane flesso sul pessario. È necessario allora, in primo luogo, ricondurre l' utero a posto con altri mezzi, se col metodo bimanuale menzionato nella pagina precedente non si riesce. I principali fra questi mezzi sono: 1° la pressione attraverso il retto; 2° la scelta della posizione; 3° l'uso della sonda per ricondurre l'utero a posto.

1. La pressione sul fondo per mezzo del dito dall'interno del retto, è più efficace che non dall'interno della vagina, poichè maggiore è il movimento di leva, e talvolta questo metodo può esser opportunamente seguito, quando l'utero non è stato ricondotto completamente a posto dal pessario.

2. Nella scelta della posizione si tratta di situare l'inferma in modo che l' ingresso della pelvi guardi verticalmente in basso, co' muscoli addominali rilasciati, e che il peso del contenuto dell'addome eserciti nella pelvi una pressione negativa. Se poi, separando le grandi e le piccole labbra, si lasci entrare dell'aria nella vagina, questa si trasforma in una cavità, l' utero recede, ed il fondo, aiutato anche in parte dalla sua propria gravità, è ricondotto a posto. La recessione del fondo può essere coadiuvata da uno o due dita nella vagina o nel retto. Qualche volta però il fondo recede tanto da non poter essere raggiunto, la retroversione o la retroflessione persiste, ed allora è il caso di ricorrere al terzo metodo. L' inferma deve star bocconi con le ginocchia su d'un letto o un sofà niente soffice, avendo cura che le cosce sieno esattamente verticali ed il petto completamente abbassato. Per tal modo l' asse del tronco può esser inclinato ad un angolo di 35° con

l'orizzonte, con le anche ad un livello più alto delle spalle, e da questa posizione si può ottenere il miglior risultato, ritenendo di 55° l'inclinazione normale della pelvi. Spesso è utile, ne'casi di retroflessione o di retroversione, procurare che le inferme si mettano da se in questa posizione una o due volte al giorno, in modo che stando a letto è loro meno malagevole stare in pronazione o semipronazione.

3. L'uso della sonda è il metodo più efficace, ma non ugualmente immune da pericolo, a meno che non si sia molto cauti e abbastanza destri. Abilmente adoperata, la sonda può dare buonissimo risultato con assai minor disagio degli altri due metodi. La sonda ha la sua porzione intrauterina quasi dritta, e va introdotta nel modo innanzi descritto, col manico molto in avanti, e la punta diretta indietro. Se essa può introdursi solo con accrescerne la curva, bisogna ritirarla ed introdurla una seconda o una terza volta con una curva gradatamente diminuita, rendendo così quasi dritto l'asse uterino, e convertendo la retroflessione in retroversione. La prima cosa a fare, dopo introdotta la sonda, è portare il manico indietro verso il perineo, per elevare parzialmente il fondo. Il che va fatto con molta dolcezza, ricordando l'operatore che il potente movimento di leva ch'egli sta esercitando ed ogni eccessiva resistenza, come per aderenze, sarà proprio allora scoverta, e il tentativo dev'essere abbandonato. Non è comune del resto che il fondo sia imprigionato da briglie adesive, senza che v' esista qualche inspessimento periuterino, di cui un abile osservatore può accorgersi. È più facile trovare il fondo apparentemente fisso, sol perchè essendosi tumefatto s'è trovato stretto da ambo i lati dai ligamenti sacro-uterini. Il secondo tempo della riduzione consiste nel far descrivere al manico della sonda un ampio semicerchio, in modo che il manico e la bacchetta della sonda descrivano un mezzo cono, e la porzione intrauterina roti quasi sul proprio asse (fig. 31). Il terzo tempo infine consiste nel riportare il manico

nuovamente indietro verso il perineo, e così portare il fondo completamente in avanti. Se il manico fosse soltanto fatto rotare, la punta descriverebbe necessariamente un circolo, e maltratterebbe colla sua pressione il fondo.

È stato inventato un repositore uterino, in cui non

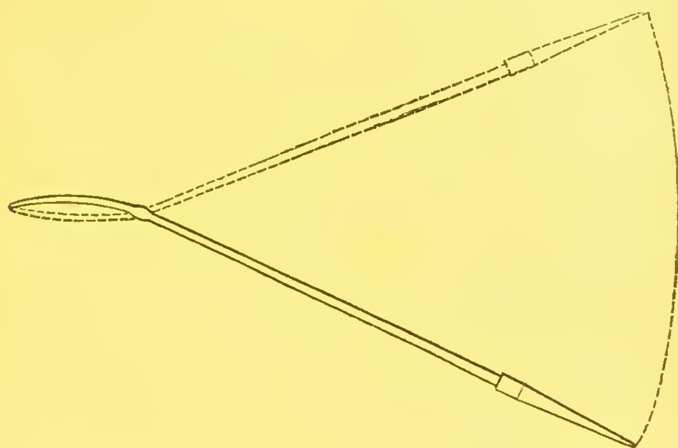


Fig. 31. — Diagramma del modo di ricondurre l'utero a posto colla sonda.

si rota il manico, ma la punta cambia direzione per mezzo d'una vite. Però la sonda, adoperata nel modo che abbiam descritto, è più conveniente e meno pericolosa. Dopo averla ritirata, si può introdurre il pessario, prima che l'utero torni dov'era, ma può succedere che il fondo ritorni al punto di prima mentre si ritira la sonda, ed allora si segue una di queste due vie: o s'introduce con la massima precauzione il pessario al disopra del manico della sonda, oppure si compie la riduzione con la sonda mentre il pessario è già nella vagina. In ambo i casi l'utero è tenuto a posto, finchè non sia situato il pessario. Adottando il primo di questi due metodi, è bene avere un assistente che tenga fermamente il manico della sonda, mentre il pessario attraversa la vulva, colla mano destra, e adoperi la sinistra a separare le grandi e le piccole labbra e a retrarre il perineo.

V'è un altro metodo per mantenere a posto un utero retroflesso, ed è meccanicamente il più perfetto, quantunque non molto conveniente per altre ragioni. Si può ricorrervi in casi molto eccezionali, quando tutti gli altri mezzi falliscono. Consiste nell'uso di un'asta intrauterina, unita ad un semplice pessario di Hodge oppure a qualche altro sostegno vaginale, che però non dev'esser rigidamente unito alla bacchetta. Scegliendo il pessario di Hodge, con la sua estremità posteriore curva e lunga a sufficienza, e se non si trascura l'uso della sonda e la scelta accurata della posizione, tutto questo può bastare. Se non che il pessario di Hodge può fallire, quando il cul di sacco posteriore, o è anormalmente sviluppato, o è atrofizzato, e non può lasciar passare uno strumento abbastanza lungo, oppure quando le pareti vaginali sono così eccessivamente rilasciate, che non hanno presa neppure su un grosso pessario. In tal caso il pessario da retroflessione di Cutter, che brevemente descriveremo, è immune dal pericolo che accompagna l' uso della bacchetta intrauterina. Dippiù, ne' rari casi di retroflessione primitiva o congenita, che non è in rapporto con una precedente retroversione, il meccanismo del pessario di Hodge è meno efficace, poichè esso può solamente agire per pressione diretta sul fondo, e quindi solo parzialmente elevarlo. Della scelta d'una bacchetta intrauterina, e delle precauzioni da serbare nell'adoperarla, ci occuperemo nel capitolo dell'anteflessione.

Quando esista difficoltà a tener l'utero a posto, è talvolta necessario usar dapprima un pessario di Hodge, che s'adatta abbastanza alla capacità della vagina, salvo poi a cambiarlo con uno più piccolo. In casi molto ostinati di retroflessione, quando v'è gran difficoltà nel condurre o mantenere a posto il fondo, non riuscendo gli altri mezzi, si può fare a questo modo. Si dilata il canale uterino il più completamente possibile con una o più tente di laminaria, raddrizzando provvisoriamente l'utero; indi, ane-

stesiata l'inferma, s'introduce il dito bene in alto nella cavità uterina, e lo si adopera come la sonda, cercando di ricondurre l'organo a posto, infino a che la mano esterna non possa infossarsi dietro il fondo, e portar questo in avanti in istato di anteversione. Allora, mentre la mano esterna mantiene il fondo in anteversione, s'introduce un pessario di completa misura.

Si osserva l'azione del pessario ogni settimana o due per le prime settimane, in seguito le inferme si osserverebbero ogni paio di mesi, prescrivendo intanto iniezioni vaginali da farsi due volte al giorno.



Fig. 32. — Pessario di Cutter per la retroflessione modificato da Thomas.

Nei casi di retroversione o di retroflessione, in cui l'utero è rammollito, in modo da non tollerare alcun pessario, si può sostenerlo temporaneamente con tamponi di cotone bagnato nella glicerina fenicata o iodata. Si riconduce prima l'utero con uno de'metodi prescritti, indi si situa un tampone dietro il collo, per impedire che il fondo torni nuovamente indietro, e poscia un altro tampone più grande si

mette anteriormente al collo, in maniera da spingerlo indietro. Ogni due giorni si cambiano i tamponi. Nel caso di retroflessione però, il risultato di questo metodo è raramente più che parziale.

Il prolasso di una o di entrambe le ovaie, rammollite da non tollerare alcuna pressione, rende talvolta impossibile l'uso del pessario di Hodge. Spesso allora è necessario cominciare il trattamento dalle ovaie, ma è molto opportuno in tal caso ricondurre l'utero a posto, poichè in tal modo si elevano anche le ovaie, e alcune volte si può trovare una forma di pessario, uno ben grosso, oppure uno che abbia l' estremo superiore slargato come quello di Thomas, che elevi le ovaie, senza premerle con dolore. Se questo non è tollerato, può provarsi un pessario elastico.

Pe' casi, in cui la vagina sia tanto rilasciata da non poter mantenere in sito il pessario di Hodge, oppure quando occorra distendere un cul di sacco posteriore corto, il pessario di Cutter per la retroflessione torna molto utile (fig. 32). Fornito com'è di un sostegno esterno, è più atto a comunicare una scossa al fondo, ma ha d'altra parte l'inconveniente che dev'essere introdotto dalla stessa inferma ogni giorno, e ritirato nella notte, quindi nell' introdurlo può essere spinto in alto di fronte al collo, a meno che l' inferma non sia ben destra, e può scivolare in questa posizione dopo essere stato introdotto. Per attenuare la probabilità di quest' inconvenienti, lo strumento deve avere una lieve curvatura

Anteversione dell' Utero.

Anatomia Patologica. — Poichè la posizione normale dell'asse dell'utero è quasi la stessa dell' asse del distretto superiore del bacino, così in rapporto all'asse della vagina quello dell' utero è in anteversione. Inoltre nella stazione eretta, a vescica vuota, è condizione normale per l'utero quella d'essere anteverso anche in rapporto all'asse del distretto su-

periore. Onde, solo allora si può parlare di anteversione patologica, quando in tutte le posizioni del corpo v'è una notevole e persistente inclinazione anteriore dell'utero in rapporto all'asse dello stretto superiore, pur rimanendo la sua forma inalterata. Segue da ciò, che l'angolo di possibile deviazione anche della teoretica posizione media dell'utero non può, al massimo, eccedere 90° (fig. 26), mentre la deviazione dalla posizione normale può appena raggiungere 45°. Inoltre la deviazione dev'essere più o meno rettificata, sempre che la vescica è piena. Quindi comparativamente alla retroversione, l'anteversione ha pochissima importanza.

Etiologia. — Tutte le cause enumerate per gli spostamenti in generale, che producono retroversione o retroflessione, quando l'utero è ad un basso livello nella pelvi, tendono invece a produrre anteversione o anteflessione, fino a quando il centro dell'organo rimane al suo proprio livello. L'anteversione quindi spesso si associa ad aumento di peso del corpo dell'utero o ad eccessiva pressione intraddominale, come per cinture troppo strette o vestimenta troppo grevi, senza un proporzionato rilasciamento dei sostegni, che mantengono l'utero nella sua posizione nella pelvi. Mentre l'anteflessione è di frequente primitiva, l'anteversione (a somiglianza della retroversione e della retroflessione) è d'ordinario secondaria, e la sua causa più comune è l'iperplasia del corpo dell'utero. Può altresì dipendere da fibroidi nella parete uterina, o da aderenze prodotte da infiammazione periuterina.

Sintomi ed esiti. — L'anteversione in sè stessa generalmente dà luogo a pochi o a nessun sintoma, e quelli che ad essa vanno associati, assai di frequente son piuttosto dovuti ad iperplasia, iperemia o infiammazione anteriore allo spostamento. Se, però, lo spostamento è considerevole, e l'utero è anche ingrossato e duro, massime se l'ingrossamento tiene a fibrodi, allora si possono constatare i segni della pressione sugli organi vicini. I quali sono molto si-

mili a quelli che si osservano nella retroversione di alto grado, poichè il fondo ed il collo giacciono esattamente nella direzione inversa (fig. 26). Quando il collo è ingrandito e duro, e specie quando tutto l' organo è molto indietro nella pelvi, allora si può avere dolore nella defecazione e tenesmo rettale. L' inferma inoltre può esser molestata da frequenti chiamate a mingere e da disuria. Non va però taciuto che l'intensità, e se vogliamo anche l'esistenza di questi sintomi, dipende in massima parte prima dalla suscettibilità nervosa della paziente, ed in secondo luogo dal grado di congestione e consecutiva mollezza dell' utero. Non mancano inferme, nelle quali la vescica ed il retto non si risentono che pochissimo di queste molestie meccaniche, come si osserva in certi casi di prolasso.

Diagnosi. — Coll'esplorazione interna si trova l'orifizio diretto indietro e ad un alto livello nella concavità del sacro, in modo che in casi estremi esso ben difficilmente può esser raggiunto. La parete vaginale anteriore è tesa, per la trazione esercitata dal collo, e del corpo dell'utero si tocca più del solito al di sopra di essa. Con l' esame bimanuale si circoscrive prontamente il corpo dell'utero in questa posizione, poichè, quando lo spostamento è notevole, il fondo resta immediatamente dietro ai pubi. Il dito non rileva concavità o angolo di sorta tra il corpo ed il collo. Se non esistono tumori o aderenze, il fondo può esser spinto in sopra dal dito attraverso il cul di sacco anteriore, finchè la mano esterna premendo immediatamente al disopra del pube non riesca ad infossarsi dietro del pube medesimo e a spingere il fondo più indietro, mentre il dito che è in vagina porta il collo in avanti. Nella semplice anteversione la sonda non occorre quasi mai, sia per la diagnosi che per riduzione, quantunque potesse esser utile per determinare il grado d'ingrandimento, o per decidere della presenza od assenza di fibroidi. Bisogna ricordare che quando si esamina l'inferma in posizione dorsale, il grado d' anteversione sarà

generalmente minore che non nella posizione eretta.

CURA. — In generale l'anteversione, anzichè rivelarsè stessa causa dei sintomi, si limita piuttosto ad indicare l'aumentato peso del corpo dell'utero. Inoltre per gli spostamenti anteriori non v'è pessario che sia efficace ed innocuo come quello anulare di Hodge negli spostamenti indietro ed in basso. È quindi estremamente eccezionale che un trattamento meccanico sia trovato utile nell'anteversione, ed è invece piuttosto preferibile curar la causa dell'ingrandimento dell'organo. Contro i sintomi acuti d'iperemia valgono il riposo a letto, aperienti, sedativi e deplezione locale, se occorre. Proibiscasi in questo come negli altri spostamenti l'uso di vestiti stretti, e le gonne invece di esser attaccate alla cintura si procuri che sieno sospese alle spalle. Esistendo rilasciamento addominale, o anche mancando per l'utero ingrandito, una fascia elastica per l'addome con un cuscinetto per far pressione al disopra del pube è spesso di gran sollievo, poichè in parte spinge il fondo indietro, ed in parte diminuisce la mobilità dei visceri, mantenendo una dolce pressione sugli organi pelvici. È spesso molto utile anche in casi d'iperemia senza spostamento.

La più gran parte dei pessarî per anteversione o per anteflessione hanno una doppia azione: colla pressione sulla parete vaginale anteriore essi spingono direttamente il fondo in sopra, e in pari tempo dando a questa parte la forma d'un arco, la rendono più corta ravvicinandone gli estremi, e quindi tirano il collo in avanti (figg. 34 e 36). La base della vescica però sembra più soggetta ad esser maltrattata da una notevole pressione che non il cul di sacco posteriore, e tutti questi pessarî non solo si adattano alla vagina assai meno del pessario di Hodge, ma occupando la parte inferiore del canale essi costituiscono anche un ostacolo al coito, e nelle donne maritate sono straordinariamente spostabili. Meglio dunque rivolgere il trattamento all'iperemia o iperplasia concomitante, senza trascurare le cure gene-

rali già accennate, e solo ricorrere ad un pessario, se malgrado questo i sintomi persistono, e lo spostamento è di alto grado. I casi, in cui il pessario torna facilmente vantaggioso, sono quelli d'irritabilità della vescica associata a marcata anteversione.

Lo strumento, che meglio si presta a trasportare il collo in avanti, è quello, che può esser situato quasi interamente di fronte al collo medesimo, e quello che sembra meglio rispondere allo scopo è il pessario a *cuna* (1) del Dott. Graily Hewitt (fig. 33) che dev'esser fatto di vulcanite, e non di filo metallico coverto da guttaperca, come fu originalmente costruito. Il suo autore adesso raccomanda che si costruisca cogli anelli più disuguali fra loro, di quel che non siano rappresentati dalla figura, e che l'anello più piccolo sia piazzato pel primo. Nei pessari che si vendono gli anelli sono spesso molto sottili. In un'altra forma di pessario *a cuna* l'apice di ciascun lato, invece d'esser unito all'altro da una spranga trasversale, finisce separatamente in una ripiegatura arrotondata o *gruccia*, nello scopo d'impedire spostamenti laterali del fondo. Le superficie della porzione conformata a *gruccia*, che sta di fronte all'utero sono fatte in modo che si aprono e formano una concavità, su cui si adagia il corpo dell'utero. La posizione, in cui si situa comunemente il pessario *a cuna*, è rappresentata dalla fig. 34. L'estremo anteriore del pari che il posteriore è sostenuto dal pavimento della vagina, mentre il ponte del pessario spinge in alto il cul di sacco anteriore, e così l'ingresso della vagina è bloccato. Un'inferma intelligente però può imparare a togliere e rimettersi essa

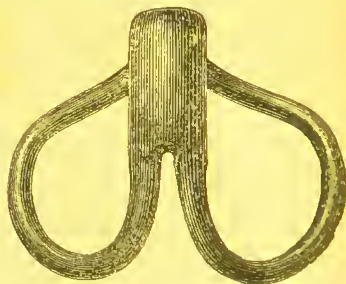


Fig. 33 — Pessario *A Cuna*.

(1) Il pessario a *cuna* è quello che da noi si dice pessario a *sella*. La forma del pessario può rassomigliare benissimo a quella d'una sella, ma il nome inglese è *cradle pessary*. Sisca.

stessa il pessario, e così si evita questo inconveniente.

Pessarî in gran numero sono stati inventati per anteversione ed anteflessione dal Dott. Thomas e da altri, sul principio d' unire un arco mobile ed elastico al pessario di Hodge.

Tutti questi strumenti impediscono il coito, perchè prendono appoggio sulla porzione inferiore della parete vaginale posteriore, per far pressione sulla parete anteriore. Per le donne maritate io ho inventato lo strumento mostrato nella fig. 35, con lo sco-

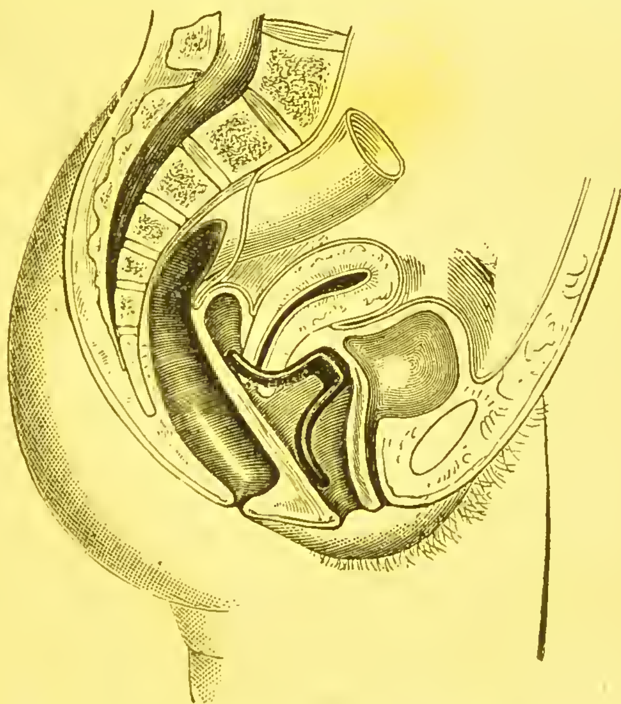


Fig. 34. — Pessario *A Cuna* in sito.

po di estendere al trattamento dell' anteversione e dell'anteflessione il movimento di leva, cotanto utile negli spostamenti posteriori. Nel pessario di Hodge il movimento di leva è alternativo, poichè la potenza è la resistenza si scambiano a vicenda. In uno sfor-

zo espulsivo la parete vaginale anteriore è depressa, e l'estremo superiore del pessario è girato in sopra; cessato lo sforzo, l'estremo superiore nuovamente si abbassa fino ad un certo punto per l'elasticità del cul di sacco posteriore, e la parete vaginale anteriore è elevata, poichè in quest'ultimo caso la potenza agisce all'estremo superiore del pessario. Nella forma ordinaria di pessario a leva il fulcro è più vicino all'estremo superiore che non all'inferiore, e così il primo genere di leva è meccanicamente più vantaggioso. Se però il pessario è costruito col fulcro più vicino all'estremo inferiore, sarà l'inverso, ed una moderata tensione del cul di sacco posteriore eserciterà una pressione considerevole sul cul di sacco anteriore spingendolo in alto. Il pessario che si vede nella fig. 35 e 36 è fatto di vulcanite, e rassomiglia ad un corto e grosso pessario di Hodge, col suo lembo anteriore sostituito da un ampio arco diretto in sopra e quasi quadrato al suo estremo superiore. La posizione in cui si situa è mostrata dalla fig. 36.

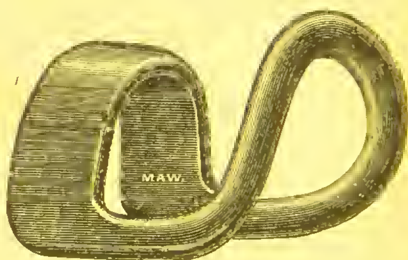


Fig. 35. — Pessario dell' Autore per l' Anteversione.

Solo per la sua forma, senz' alcun movimento di leva, esso solleva la parete vaginale anteriore ad un grado considerevole, ma nel fatto i suoi angoli inferiori non urtano contro la parete posteriore della vagina, poichè tutta l'estremità anteriore n'è portata in certo modo in alto dalla tensione del cul di sacco posteriore. Nell' introdurre lo strumento, esso vien dapprima passato interamente dentro la vulva col lembo superiore di fronte al collo; vi s'introduce quindi per di sotto il dito indice, e uncinatone con questo il lembo superiore verso dietro, lo si porta sul collo nel cul di sacco posteriore. Per ritirarlo si adopera il dito a modo d' uncino sopra uno degli angoli inferiori,

facendo trazione su d'esso. Poichè esso è atto a penetrare nella vagina più in alto anche d'un pessario di Hodge, esso può esser sopportato e mantenuto in sito da donne maritate senza disagio, e in alcuni casi ho sperimentato che ha permesso il coito senz'alcun dolore. Bisogna aver cura che la porzione posteriore non sia troppo lunga, poichè altrimenti potrebbe trasportare il collo indietro per mezzo de'suoi attacchi vaginali. Paragonato al pessario a cuna, esso presenta l'inconveniente che l'inferma non può toglierselo da se. Quando è in sito però, è

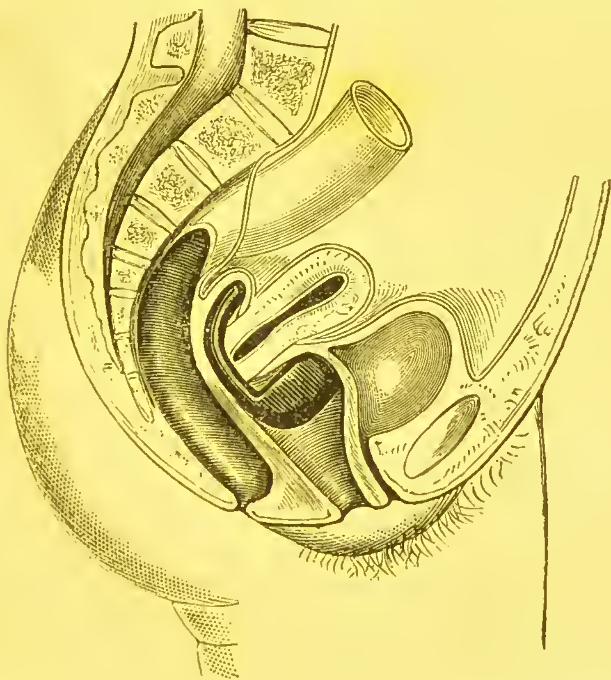


Fig. 36. — Pessario dell'Autore per l'anteversione in sito.

molto facilmente tollerato, e nell'adoperarlo si ha la sicurezza che sarebbe difficile introdurre un pessario, il quale in sito sarebbe troppo grande. Per la difficoltà d'introdurlo e ritirarlo, non può essere adoperato per le vergini o in casi, in cui l'apertura

della vagina è stretta. Può adoperarsi anche nella anteversione uno strumento come quello rappresentato dalla fig. 44, specie se l'utero sta in basso e la vagina è rilasciata.

In alcuni casi di anteversione associata a congestione , un pessario elastico anulare può essere utile, quantunque esso tenda piuttosto ad accrescere l'anteversione. In questi casi il pessario probabilmente fa bene, elevando in certo modo tutto l'utero, e limitandone la mobilità.

Come negli spostamenti posteriori , è impossibile ricondurre completamente a posto il fondo con pressione diretta attraverso la parete della vagina, ma può solo esser elevato fino ad un certo punto, mentre con tal metodo non si ha alcun meccanismo che possa completare la riduzione. Tutti i pessarii per anteversione e per anteflessione richiedono più accurata vigilanza di quanta non ne occorra coll'ordinario pessario di Hodge. Essi dovrebbero essere adoperati in un primo tempo solo per fare de' tentativi, e definitivamente adottati, se sperimentati efficaci.

ANTEFLESSIONE DELL'UTERO.

Anatomia Patologica. — Una lieve curvatura anteriore dell' asse uterino è normale , o in tutti i modi assai comune, nelle nullipare , e quando l' utero è molle e la vescica è vuota, invece d'una semplice anteversione si ha un aumento di anteflessione. L'anteflessione patologica dunque esiste, solo quando la curva nell' insieme è considerevole , oppure in una parte dell' asse uterino è molto accentuata.

L' anteflessione acquisita può andar congiunta ad anteversione in modo che l' orifizio è girato molto indietro, poichè da una parte l'utero ha ceduto alla forza spostante , e dall' altra ha subito un certo ripiegamento. Nell' anteflessione primitiva d'ordinario l'orifizio è diretto troppo in avanti. La classifica di Thomas in anteflessione corporale , cervicale o cer-

vico-corporale, a seconda che il solo corpo, il solo collo, oppure collo e corpo insieme siano flessi in avanti, è utile, poichè ciascuno di questi stati richiede un trattamento a se (fig. 37). Può anche aversi l'anteflessione combinata a retroversione, con l'asse uterino concavo in avanti ed il corpo spostato indietro (fig. 37, *E. F*). Nell'anteflessione acquisita la curva-



Fig. 37.—Diagramma illustrativo delle varietà d'anteflessione. *A-B*, direzione normale dell'asse uterino, con la vescica in una pienezza media; *A-D*, anteflessione cervicale; *C-B*, anteflessione corporale; *C-D*, anteflessione cervico-corporale; *E-F*, anteflessione con retroversione.

tura è in generale più accentuata in una parte, d'ordinario in prossimità dell'orifizio interno, ed ivi il canale è atto ad esser appiattito e quindi ostruito. Nella primitiva poi la curva è generalmente più uniforme, il tessuto uterino è più duro, quindi non si ha necessaria-

mente alcun appiattimento del canale, benchè il suo diametro sia minore del normale. Riguardo alla frequenza relativa degli spostamenti anteriori e posteriori dell'utero, le statistiche variano su larga scala, ma è generalmente ritenuto che gli spostamenti anteriori, massime l'anteflessione primitiva, sono molto più comuni, e che tra gli spostamenti di qualche importanza, che richiedono un trattamento meccanico, i più comuni sono la discesa e la retroflessione. La discrepanza delle opinioni si spiega in gran parte col disaccordo esistente fra gli autori in quanto al grado di anteflessione o d'anteversione, ch'essi vorrebbero riguardare come patologico.

Etiologia.—L'anteflessione acquisita o è prodotta dalle stesse cause che producono l'anteversione, aggiungendovi anche il rammollimento del tessuto uterino, oppure può derivare dal solo rammollimento morboso, come accade non di rado nelle giovanette mal nutrite, poichè l'utero cede sia pel proprio peso, e sia per effetto delle forze che sono normalmente in azione. Prima dell'epoca della pubertà è normale, o almeno molto comune, che l'asse uterino abbia un'anteflessione fisiologica maggiore che non nella età adulta, mentre si raddrizza, quando l'organo raggiunge il suo completo sviluppo, e diventa più solido. Spesso quindi l'anteflessione è primitiva, e consiste in un'anormale persistenza o esagerazione d'uno stato, che nell'infanzia non può considerarsi come patologico. In tal caso la parete anteriore dell'utero è sovente più sottile e meno sviluppata della posteriore, il labbro anteriore del collo è d'ordinario più corto, e corta per lo più anche la stessa parete anteriore della vagina. A simili condizioni s'associa di frequente un collo di forma conica, un orifizio esterno piccolo, e qualche volta una piccolezza generale di tutto l'utero. Non son rari i segni di attività incompleta delle ovaie, la stessa vagina può esser piccola, e perfino le ossa della pelvi possono essere incompiutamente sviluppate. Una anteflessione cervico-corporale acquisita è stata at-

tribuita a contrazione de'legamenti utero-sacrali, per cellulite localizzata o parametrite posteriore, che sposta indietro il centro dell' utero. Anteflessione cervicale acquisita può aversi da pressione contro la parete posteriore della vagina, quando l'utero è spostato in basso ed indietro, come per cinture troppo strette. L' anteflessione cervicale può anche non di rado essere implicitamente il risultato di lunghezza anormale, associata per lo più ad una forma conica della porzione vaginale del collo, che ben presto allora in questa posizione flessa si accomoda alla vagina. Nei casi estremi d'anteflessione cervico-corporale l' angolo totale di flessione può approssimarsi a 180°, fondo ed orifizio guardando quasi nella stessa direzione.

SINTOMI ED ESITI.— L'importanza dell'anteversione è stata uno de'punti più controversi in ginecologia, e le divergenze sono ancora ben lungi dall' essere appianate. Alcuni la riguardano come una causa molto comune ed importante di disturbi, mentre altri ritengono che una flessione non cagiona impedimento di sorta al canale uterino, e che un gran numero di donne non maritate in perfetta salute hanno l'utero anteflesso. Sembra evidente che, mentre un canale naturalmente piegato può essere perfettamente pervio, un accentuato ripiegamento poi d'un canale originariamente dritto o quasi, il cui tessuto sia molle, come il canale uterino, deve necessariamente tendere ad appiattirlo, e diminuirne così il calibro. Più il canale è originariamente piccolo, e più facilmente questo appiattimento produce ostruzione. Anche se il canale é piccolo o appiattito, l'ostruzione, simile a quella dipendente da un grado estremo di stenosi, può non produrre necessariamente dismenorrea, purchè il flusso mestruo sia moderato ed uniforme in quantità e perfettamente liquido, a meno che non abbiano a passare brandelli di membrana o grumi.

La differenza di opinioni sulla frequenza dell'anteflessione, astrazion fatta da'sintomi, può attribuir-

si al diverso modo di apprezzarla o al grado di curvatura considerato come patologico. Par che l'esperienza generale dimostri l'anteflessione esser più frequente nelle donne che soffrono dismenorrea, o dismenorrea e sterilità, di quel che che non sia nelle nullipare in generale, ed esservi quindi probabile relazione causale tra queste condizioni morbose. Ben vero che la teoria non è ugualmente confermata da'successi terapeutici nella cura dell'anteflessione, come lo è dai buoni risultati del trattamento mercè il pessario di Hodge nella retroflessione. Questo però può spiegarsi col fatto ch' è impossibile nell' anteflessione raddrizzare l'utero con qualunque pessario, eccetto l'asta intrauterina, la quale per la irritazione che determina fa più male che bene. È stato detto che le flessioni non possono produrre ostruzione di sorta, perchè la cavità uterina all'autopsia non si trova dilatata. Ma questa dilatazione non è da aspettarsi. Come nel restringimento uretrale la vescica si trova impiccolita, con pareti spesse, così è il caso anche dell' utero, a meno che non si tratti di ostruzione completa, e che le pareti muscolari non si ipertrofizzino per gli sforzi intesi a vincerla, come avviene nell'estrema stenosi del collo. La sola conseguenza dunque, che l'ostruzione può lasciar trovare all'autopsia, è l'ipertrofia del corpo dell'utero, cosa tutt'altro che infrequente nei casi di anteflessione associata a dismenorrea. Un utero anteflesso, se lo si esamina subito dopo la pubertà, d' ordinario si trova piccolo, e l' anteflessione è probabilmente in rapporto con un incompleto sviluppo generale. Ma più tardi la cavità di un utero anteflesso, anche nelle nullipare, non di rado si trova allungata, quantunque la sonda possa benissimo esser arrestata dalla flessione prima di penetrare per la sua intera lunghezza, il che fa erroneamente giudicare che l'utero sia impiccolito.

La conclusione generale è che l'anteflessione, specie se primitiva, spesso esiste senza alcun sintoma, e che la sua importanza è stata da alcuni esagera-

ta, ma che un' anteflessione acuta, massime se acquisita, può diminuire il calibro del canale, e produrre o contribuire a produrre dismenorrea, endometrite e fors'anche sterilità. Praticamente l'acquisita non sempre si può distinguere dalla primitiva, ma se la flessione è acuta specialmente in un punto, è più facile che sia acquisita. Se esiste un' anteflessione primitiva, e la flessione in seguito aumenta di molto, è fuori dubbio che vi sia tendenza all'appiattimento del canale, come nel caso di un utero originariamente quasi dritto.

Diagnosi. — La direzione dell' orifizio e del collo è prontamente constatata dal riscontro vaginale. Nell' anteflessione cervicale, di buona parte della lunghezza del collo si può seguir la traccia dietro l'orifizio, e l'uso della sonda può esser necessario per distinguere fra un'anteflessione cervicale ed una parziale retroversione. Nell' anteflessione del corpo il fondo si tocca in basso al di sopra della parete anteriore della vagina, e può esser circoscritto coll'esame bimanuale descritto per l'anteversione. Si trova che il fondo si muove unitamente al collo, e tra loro esiste una concavità o angolo. Introducendo la sonda essa viene generalmente arrestata in prossimità dell' orifizio interno, e solo può esser spinta fino al fondo, o portandone il manico molto indietro verso il perineo, spingendo in alto il fondo col dito ch'è in vagina, oppure ritirando lo strumento, ed introducendolo nuovamente con una curva maggiore. Accertare i minimi gradi di anteflessione del corpo può esser difficile, specie nelle vergini che hanno le pareti vaginali tese, e allora solo colla sonda si può determinare la esatta curva dell' asse uterino. Le condizioni morbose che son principalmente a distinguere dall' anteflessione sono: un fibroide nella parete uterina anteriore, inspessimenti dovuti ad infiammazione del tessuto cellulare o ad infiammazione peritoneale, versamenti sanguigni, tumori, calcoli nella vescica. Tutti questi stati, ad eccezione de'calcoli, si distinguono per la loro mobi-

lità e pe'loro mal definibili limiti esterni, ma il criterio più sicuro è fornito dalla sonda, massime quando si tratti di distinguere un fibroide nella parete anteriore dell'utero. Se la tumefazione avvertita anteriormente sparisce col raddrizzamento dell' utero per mezzo della sonda, oppure facendogli subire una lieve retroflessione, è chiaro che essa era costituita soltanto dal fondo.

Cura.— La cura è necessaria, sol quando vi siano sintomi riferibili all'anteflessione. La riduzione della flessione è generalmente facile, ma non ha effetto durevole. Nel caso di anteflessione del corpo, quando questo è voluminoso e molle, come nelle flessioni acquisite, può esser ricondotto a posto colle sole dita, spingendo il fondo in alto dalla vagina, e facendo pressione d'avanti indietro colla mano esterna situata al di sopra de' pubi. In generale è necessaria la sonda per ricondurre l'organo a posto, ma non bisogna adoperarla, se appariscano segni di infiammazione periuterina o d'iperemia acuta. Se si può introdurla solo con una curva molto accentuata, la si ritiri, ed introduca una seconda od una terza volta, finchè possa passare con la sua porzione intrauterina quasi dritta. Se il riposo è indicato pel sollievo di concomitante iperemia od infiammazione, e se in pari tempo l' utero è molle ed il fondo ingrandito, la posizione dorsale ha il vantaggio che l'effetto della gravità sul fondo tende a ridurre la flessione. Giova ricordare, però, che in tutte le malattie croniche dell'utero, non è prudenza obbligare lungo tempo a letto l' inferma. Avendo ragione di credere che il rammollimento dell'utero stia in rapporto col difetto di nutrizione, è importante prescrivere una dieta sufficientemente nutriente e una cura tonica generale.

Poichè l'effetto meccanico più importante dell'anteflessione è un impedimento nel canale cervicale, e l' anteflessione è d' ordinario associata ad un canale più piccolo della media normale, bisogna aver cura di rendere il calibro del canale possibilmente

completo, specialmente ne'casi d'anteflessione in donne nullipare, quando v'esista dismenorrea o sterilità. Si ricorra dunque alla dilatazione per mezzo delle bugie metalliche, o della sonda di Priestley, o occasionalmente per mezzo delle tente, se s' abbia ragione a temere le manovre ripetute. Questa specie di trattamento tende anche a raddrizzare in certo modo il canale. Nella gran maggioranza de' casi d' anteflessione del corpo, secondo la esperienza dell'autore, questo trattamento è il solo che dia buon risultato.

Nella semplice anteflessione cervicale i pessarii sono inutili. Ne'gradi minori la dilatazione dell'orifizio e del collo può esser sufficiente. Ne' gradi più avanzati, quando vi siano sintomi, come una dismenorrea ostruttiva, e specialmente quando l' orifizio è anche piccolo, il miglior trattamento è d'incidere il collo all' indietro in modo da convertire l' orifizio in un' apertura bislunga, più approssimativamente in una stessa linea con la parte superiore del canale cervicale (v. fig. 20). Il modo di praticare la incisione ed il trattamento consecutivo son descritti nel capitolo della stenosi dell' orifizio esterno. Pei casi, nei quali il fondo al pari del collo è flesso in avanti, Marion Sims raccomanda d'incidere la parete uterina anteriore in vicinanza dell'orifizio interno dopo aver incisa la parete posteriore del collo. È impossibile, però, quando la flessione del corpo sia notevole, raddrizzare in tal modo il canale cervicale senza fare un' incisione pericolosamente profonda. Dippiù l' incisione tende a richiudersi. Quando l'utero è molle nell'anteflessione del corpo, è possibile raddrizzarlo in certo modo per mezzo di un pessario vaginale che spinga il fondo in alto, ma il raddrizzamento è ben difficile che sia così completo come quello ottenuto nella retroflessione col pessario di Hodge, poichè in quel caso non vi son forze naturali che concorrano, e quindi il risultato di simile trattamento meccanico è d'ordinario meno soddisfacente. Come nell' anteversione, è in

generale preferibile rivolger le prime cure contro qualunque causa, a cui possa attribuirsi l'ingrandimento del fondo. Fallendo gli altri mezzi, e reputandosi l' anteflessione l' unica sorgente de' sintomi osservati, si può tentare uno de' pessarii vaginali descritti nel capitolo dell'anteversione (fig. 33 e fig. 35), ma se ne smetta l'uso, quando non se ne ottenga immediato vantaggio.

Se l'utero flesso è anche rigido, un pessario vaginale riuscirà a spingere il fondo in alto ed il collo in avanti senz'alterare la forma dell'utero, e allora può trarsi profitto d'una tenta di laminaria, che vada sin quasi al fondo. Essa combatte la rigidità delle pareti uterine, raddrizzando in pari tempo l'organo, e dilatando il canale cervicale. Ma il mezzo più efficace per raddrizzare l' utero, ch' è stato oggetto di molte controversie, sono i pessarii ad asta intrauterina. Distinti autori li hanno interamente scartati, ed altri han difeso con ardore la loro efficacia. Mentre però i difensori di questa specie di trattamento hanno descritto i suoi splendidi risultati, nessuno di loro ha mai adottato il solo metodo che in tale stato di dubbiezza poteva fondarlo su una solida base, quello, cioè, di riportare il più completamente possibile i risultati di tutta una serie di casi. La obbiezione contro questi pessarii, non è che essi siano meccanicamente inefficaci, ma che producono un certo grado d' irritazione e d' iperplasia, mentre d'altra parte non di rado han prodotto metriti e peritoniti gravi e anche fatali. È supponibile *a priori* che una superficie mucosa rivestita d' epitelio cilindrico non tolleri impunemente pressioni e fregamenti, e tale conclusione è confermata dalla esperienza. Anche con la forma più moderna di asta e in mani più che esperte, più d' una volta l'uso di questi pessarii è stato fatale, ed avviene spesso che il dolore o l'aumento di temperatura costringano a ritirarli, prima che siano stati lungo tempo in sito. Bisogna dunque esser molto cauti nell' adoperarli, ed invece di servirsene come di sostegni permanenti,

debbono essere adibiti ad un trattamento temporaneo, da potersi continuare solo per pochi mesi, vigilando assiduamente l'inferma. Nessuno dovrebbe osare poi di adoperarli senza aver confidenza completa, e nella sua capacità di riconoscerne l'opportunità, e ancora nell'obbedienza della inferma alle norme necessarie. Il loro uso infine non dovrebbe esser mai tentato da coloro, che non hanno studiato di proposito le malattie delle donne.

La prima precauzione è di non adoperare mai una bacchetta intrauterina in casi, in cui abbia in qualsiasi tempo esistito un'infiammazione periuterina, perocchè ogni lieve eccitamento è atto a riprodurla. In secondo luogo non è da adoperarsi, quando vi sia notevole rammollimento o iperemia dell' utero, prima che queste condizioni non siano vinte dalle cure opportune, specialmente riposo a letto e deplezione locale. I casi, in cui le bacchette intrauterine possono adoperarsi con minor pericolo, son quelli, ne'quali la mestruazione è scarsa, l'utero è piccolo, e non è stato mai sede di notevole infiammazione, e ne'quali sia richiesto stimolare l'utero e dilatarne e raddrizzarne il canale. Quando la flessione è secondaria ad iperemia o metrite croniche, il pessario ad asta non è tollerato quasi mai. È bene quindi che l'introduzione di esso sia preceduta dall'introduzione della sonda, per constatare la tolleranza dell' utero. Alla prima introduzione del pessario è meglio mantenere la paziente a letto per due o tre giorni, e se fin da principio v'è molto dolore, si ritira per introdurlo nuovamente, lasciandolo in sito più lungo tempo ogni volta, finchè l' utero non è gradatamente abituato a tollerarlo. Un' inferma che porta un pessario a bacchetta o dev' esser in grado d'aver sempre il medico pronto, oppure avere il mezzo di toglierselo da se la mercè d' un filo attaccato alla sua estremità, in caso che sopravvenga dolore molto intenso, brivido, o febbre. Il pessario dev' essere rimosso almeno una volta al mese per pulirlo, e nei primi tempi è meglio rimuoverlo durante la mestrua-

zione. La sola presenza d'una bacchetta tende a produrre un po' di iperemia dell'utero, con aumento di secrezione ed anche del flusso mestruo, quindi non va adoperata in casi di mestruazione profusa. In generale l'irritazione, che la presenza di questo pessario determina, è superiore a qualunque vantaggio si possa ricavarne pel raddrizzamento dell'utero, e la flessione d'ordinario si riproduce quando il pessario è rimosso.

Le varietà di pessario a bacchetta, che in diverse circostanze posson essere adoperate, possono esser divise in tre classi: semplici bacchette dritte, bacchette colle branche che divaricano, e bacchette dritte combinate con un sostegno vaginale. Le bacchette attaccate a sostegni esterni son da proscriversi, poichè esse distruggono la mobilità dell' utero, e lo espongono a scosse pericolose. Una bacchetta dritta di vulcanite o di vetro, che termina con un disco o con una sfera, è la meno irritante, ma è quasi impossibile mantenerla in sito, se non per breve tempo, piazzando al di sotto di essa un tampone bagnato in glicerina fenicata, e rimanendo l'inferma a letto. L'asta dev'esser un 1/4 di pollice più corta della cavità dell'utero, in modo che non tocchi il fondo.

Aste elastiche di caoutchouc sono state raccomandate, ma esse non raddrizzano l'utero, e dippiù il caoutchouc è atto ad assorbire le secrezioni, divenire offensivo e cagionare così una endometrite.

Le aste a branche divaricabili son fatte di due branche laterali, che s'introducono chiuse, e poscia si allontanano in modo da poggiare su'lati del corpo dell'utero e far che lo strumento si mantenga da se. Quanto più taglienti sono i margini delle branche tanto più si oppongono alla flessione, e perciò questi pessarii son più soggetti ad irritare delle aste dritte, benchè essi sieno preferibili se adoperati dopo aver inciso il collo, processo, questo, che l'autore non raccomanda. La forma migliore di questo pessario è forse quella del D.r Tho-

mas Chambers (fig. 38). È fatto di vulcanite, e l'introduttore è un cilindro cavo che scorre sulle bran-

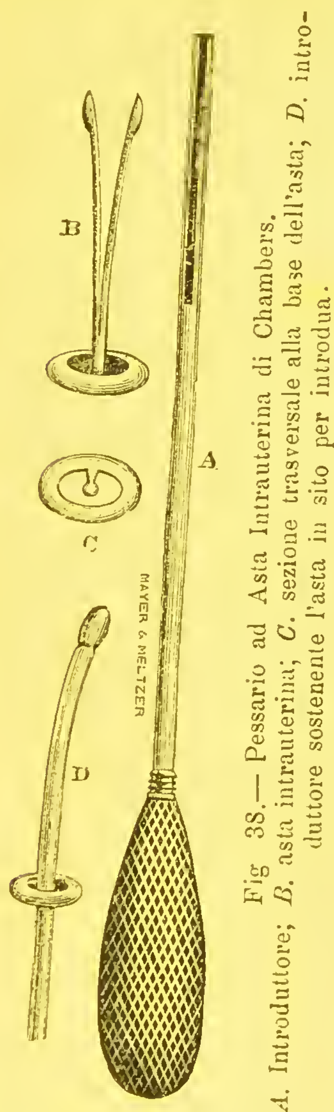


Fig. 38. — Pessario ad Asta Intrauterina di Chambers. *A.* Introduttore; *B.* asta intrauterina; *C.* sezione trasversale alla base dell'asta; *D.* introduttore sostenente l'asta in sito per introdurla.

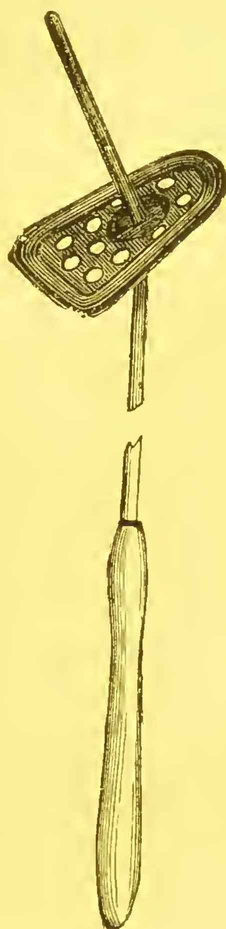


Fig. 39. — Pessario ad Asta Intrauterina di Wynn Williams.

che, e le mantiene unite finchè non è ritirato. Una altra forma di asta a branche divaricabili è cava nella sua parte inferiore, formando così un canale,

attraverso il quale passa l'introduttore, e questo canale agevola la fuoruscita delle secrezioni uterine. Prima però d'introdurre il pessario, è generalmente richiesta la dilatazione del collo. Il pessario del D.r Chambers non è più grande della sonda ordinaria.

Le aste uterine, che poggiano su sostegni vaginali, non debbono essere rigidamente connesse a questi, in modo che la naturale mobilità dell'utero sia quanto è possibile rispettata. Nel pessario del D.r Wynn Williams (fig. 39), il sostegno è fatto da un anello alquanto ovale, con un diaframma di caoutchouc, presso al centro del quale è una coppa perforata. L'asta dritta è prima piazzata dall'*introduttore*, che si adopera come una sonda uterina, poscia per mezzo della perforazione, vien passato lo scudo sul manico dell'introduttore, in modo che la coppa perforata è guidata alla sua posizione portando seco il bulbo dell'asta. Nel pessario del D.r Thomas (1) un' asta semplice e dritta resta per la sua estremità bulbosa in una coppa fissata vicino alla estremità superiore di un pessario di Hodge. Il pessario di Wynn Williams è forse il più utile per la anteflessione, se mai un pessario ad asta si voglia tentare; quello di Thomas mantiene l' utero in posizione retroflessa.

Prolasso dell'utero e della vagina.

Anatomia patologica.—Pe' rapporti dell'utero con la vescica e la parete vaginale anteriore, queste debbono necessariamente prender parte a tutti gli spostamenti in basso; sarà quindi opportuno studiare prima il prolasso della vagina associato a quello dell'utero. La discesa dell'utero è stata comunemente chiamata *prolasso*, fino a che il collo rimane dentro la vulva, e *procedenza*, quando vien fuori, tuttochè l' etimologia delle due parole ne giustificasse l' uso in senso opposto. Una buona classifica è quella del

(1) Questo e gli altri pessarii del D.r Thomas, son costruiti dai sigg. Krohne Sesemam, 8, Duke street, Manchester square.

D.r Thomas, il quale considera tre periodi nel prolasso: il primo, in cui l'utero rimane interamente entro la vulva (fig. 40); il secondo, in cui parte ne vien fuori (fig. 41); il terzo infine, in cui tutto l'utero è fuoriuscito (fig. 42). A misura che l'utero discende, il collo tende a muoversi in direzione della vagina, come quella che offre minor resistenza, e così l'asse dell'utero segue l'asse curvo della pelvi, e diviene più e più retroverso a seconda che scende più in basso (fig. 40). Allora entrano in campo le due principali cause di retroflessione (v. p. 76), di guisa che questo spostamento è d'ordinario consecutivo alla retroversione, ed il fondo giace inferiormente nella concavità del sacro (figg. 27 e 41). Quando l'utero è totalmente fuoriuscito, esso è sempre in retroversione combinata a retroflessione (fig. 42),

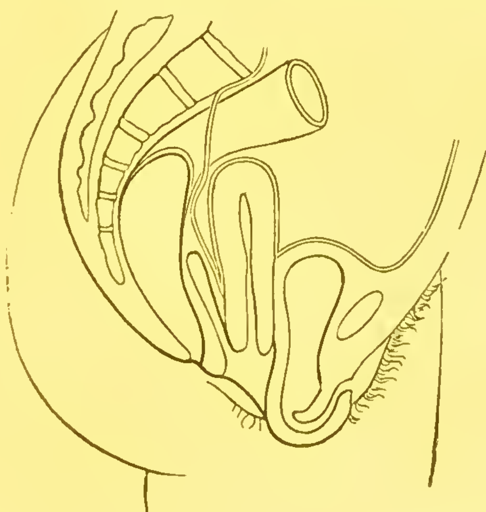


Fig. 40. — Prolasso di primo grado.

a meno che non sia stato precedentemente fissato in anteflessione dalla presenza d'un fibroide o altra simile causa. Una distinzione è importante a farsi tra il semplice prolasso dell'utero ed il prolasso associato ad allungamento della porzione sopravaginale del collo, il quale ultimo è assai più comune.

Etiologia. — Nel *semplice prolasso dell'utero*, lo stesso utero può essere il primo fattore della sua discesa, e vincere la resistenza dei suoi attacchi, oppure può esservi primitivamente prolasso della parete anteriore della vagina con la base della vescica, e vescica e vagina tirano allora l'utero in giù. Un terzo stato, ancora più comune, è quello in cui le due influenze sono più o meno combinate. La prima causa nella sua forma più pura si trova talvolta nelle vergini, quando il prolasso è dovuto ad iperplasia di tutto l'utero o della porzione vaginale del collo, alla presenza d'un fibroide, oppure semplicemente ad eccessivo esercizio muscolare senza alcun ingrandimento dell'utero. La resistenza della vagina, ed anche quella dell' imene intatto son per tal modo vinte. Però nella gran parte di questi casi esiste antecedentemente rilasciamento delle pareti vaginali per leucorrea cronica o altra causa. Talvolta il prolasso avviene in donne d' età avanzata, anche quando l' utero è atrofizzato e notevolmente più leggiero del normale; spesso allora lo spostamento ha origine da deficiente sostegno nelle parti molli per mancanza d' adipe. Tra le cause di prolasso, a parte lo stesso utero, le più rimarchevoli sono le occupazioni laboriose, tosse o stitichezza croniche, lasciar troppo presto il letto dopo il parto, rottura del corpo del perineo. In quest'ultimo caso la vagina non solo cessa d' esser un sostegno, ma diventa essa medesima una causa attiva di prolasso. Essendo distrutto il terzo inferiore della parete posteriore del cilindro appiattito, che forma la vagina nelle nullipare (fig. 25), la sua parete anteriore rimane senza sostegno, quindi estubera attraverso la vulva, trasportando seco in basso la vescica, e facendo in pari tempo trazione sul collo. La distruzione del corpo perineale, d'altra parte, annulla la resistenza diretta ad una discesa considerevole, che il pavimento della pelvi favorisce, ed accorcia inferiormente il cammino dell'utero. Anche senz'alcuna rottura perineale, la subinvoluzione della vagina do-

po il parto, o il rilasciamento delle sue pareti posson trasformarla da sostegno in causa di spostamento. Un'altra contribuzione importante all'indebolimento della parete vaginale anteriore vien fornita da soverchia distensione della vescica.

Prolasso associato ad Allungamento della porzione sopravaginale del Collo. — Nel maggior numero dei casi, in cui il collo apparisce all'esterno, la cavità uterina si trova molto allungata. Una vecchia dottrina fu richiamata in vita da Huguier, il quale separò interamente questa condizione dal prolasso, considerando che d'ordinario il fondo rimaneva al suo livello normale, poichè l'ipertrofia del collo era primitiva. Di sessanta casi di prolasso riportati, nei quali il collo protrudeva esternamente, solo due ei trovò ch'erano di vero prolasso. Fautore dell'opinione di Huguier è Barnes con parecchi altri. Ma, misurando con la sonda, si trova che la cavità uterina allungata ha spesso la lunghezza di circa 4 1/2 poll., e raramente sorpassa i 5 pollici, mentre la massa procidente può protrudere di 1 a 3 e più pollici al difuori della vulva. Tirando una linea lungo la curva pelvica dalla posizione normale del fondo ad un punto, che stia circa 2 pollici fuori la vulva, questa linea misura più di 6 1/2 poll., e quindi risulta chiaro dalla misura che il fondo in questi casi è quasi sempre depresso più o meno al disotto del suo livello normale. Inoltre, nella maggioranza dei casi la sonda constata il fondo più o meno retroflesso, giacente nella concavità del sacro (fig. 41). Oltre a ciò il collo allungato è sempre cresciuto in lunghezza sproporzionatamente alla sua grossezza, e sovente è assottigliato, ed è divenuto elastico, invece d'essere fortemente muscolare. Questo prova che il cambiamento è il risultato della tensione, quantunque l'iperplasia possa aver parzialmente dipeso da uno stato d'iperemia o d'infiammazione subacuta con subinvoluzione originata dal travaglio del parto.

Due sono i modi, in cui può aver origine la tensione tendente ad allungare il collo. Il primo, per

prolasso primitivo della parete anteriore della vagina con la base della vescica che tirano l'utero in giù al punto dell' attacco vaginale, mentre i lega-

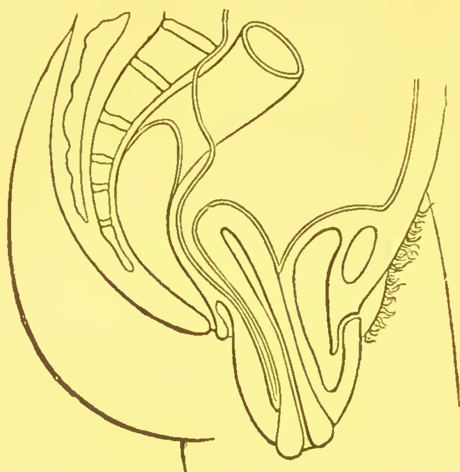


Fig. 41. — Prolasso di secondo grado (o procidenza).

menti uterini inseriti vicino il centro dell' organo tendono a mantenerlo a posto. In moltissimi casi il difetto di resistenza ha luogo, parte ne' legamenti, agevolando il prolasso, ed in parte è anche dovuto a stiramento della porzione di cervice che si avanza. L'altro modo non è considerato nei libri di testo, ma è capace di spiegare una forza molto maggiore. Esso si verifica, quando il collo, già parzialmente in prolasso, è fuoriuscito dalla vulva in seguito ad uno sforzo subitaneo, ed è compresso ed in parte strozzato, ed il ritorno ne è impedito per più o meno tempo. Poichè è provato dall' esperienza, che in casi simili, malgrado il rilasciamento dell'apertura vulvare, v'è sempre bisogno d'una certa forza per ridurre attraverso quest'apertura il collo tumefatto e la porzione della vagina protrusa. Gli attacchi elastici, stirati pel momento, tendono a ricondurre l'utero a posto ed esercitare una forza di tensione sul collo, che

può uguagliare più o meno la forza espulsiva primitiva, di cui è una specie di rimbalzo, ed è ben facile che questa forza sia maggiore di quella risultante dal semplice peso della parete vaginale anteriore con la base della vescica. Questo modo di considerare la causa s'accorda col fatto, che il notevole allungamento ed assottigliamento del collo s'incontrano solo ne' casi, in cui l' orifizio uterino è generalmente o frequentemente al difuori del corpo; e che, se un caso di prolasso raggiunge in seguito il terzo grado (fig. 42), e l' utero rimane interamente allo esterno, la sua lunghezza può esser ridotta, e la sua misura scendere fino od anche al disotto del normale. Una qualche riduzione di lunghezza può aversi, anche immediatamente dopo ricondotto l' organo a posto, pel rinculare del collo, dovuto alla sua elasticità, abnorme elasticità dipendente da atrofia delle fibre muscolari ed insieme da iperplasia degli altri elementi del tessuto.

Il prolasso primitivo della parete vaginale *posteriore* è raro, eccetto come conseguenza della distruzione del corpo perineale. Esso può raggiungere un grado considerevole, senza alterare la posizione dell' utero. La tumefazione per tal modo formata può o no trasportar seco in basso una porzione del retto, dando origine ad un rettocele. Se tutto il cul di sacco posteriore della vagina è trascinato in giù, la borsa di Douglas d' ordinario scende con esso, ed in rari casi l' intestino tenue discende alla sua volta in una massa procidente, formando un tumore estuberante, di molto maggior volume che un rettocele non usi raggiungere (fig. 43).

Sintomi ed Esiti. — I sintomi principali del prolasso di primo grado sono un dolore lacerante nel dorso, nell' ipogastrio e nelle regioni inguinali per lo stiramento de' legamenti uterini. La parete anteriore della vagina, con la base della vescica, discende quasi sempre la prima, anche quando l' eccessivo peso dell' utero sia la causa primaria dello spostamento. La tumefazione estuberante, ch' essa forma,

sovente è presa dall' inferma per l' utero. Sebbene la vescica sia di rado intollerante d' un simile spostamento, pure si ha d' ordinario difficoltà nella minzione, e talvolta tenesmo ed anche cistite, per la decomposizione dell' urina ritenuta. La presenza dell' utero nella vagina dà luogo ad una sensazione di corpo estraneo, incitando a sforzi espulsivi che accelerano il progredire del prolasso verso il secondo grado. La parete vaginale posteriore d' ordinario non discende come l' anteriore innanzi il collo, ma è da questa invaginata dal disopra (fig. 40). Appena il collo protrude all' esterno, la parete vaginale anteriore è prima completamente invertita, mentre la

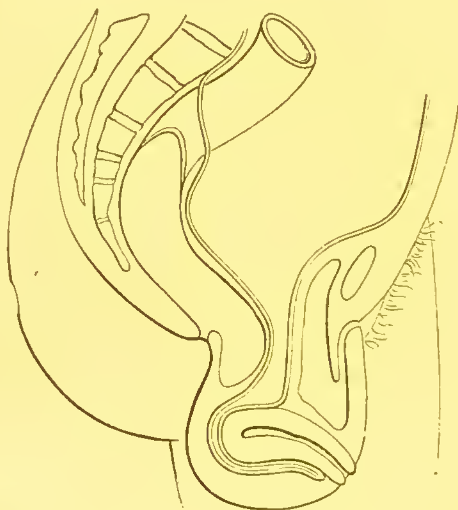


Fig. 42. — Prolasso di terzo grado (chiamato anche procidenza).

posteriore serba per lungo tempo una qualche duplicatura posteriormente (fig. 41), quantunque in ultimo anche l' inversione di questa possa esser completa. Poichè gli attacchi della vagina al retto sono più deboli di quelli che la mettono in rapporto colla vescica, così il retto può non esser associato al pro-

lasso di secondo o terzo grado, mentre del resto esso non raggiunge mai vaste proporzioni.

Quando il collo procidente fuoriesce, esso si tumefà per impedimento alla circolazione venosa, e tra le conseguenze v'è la leucorrea e talvolta menorragia o metrorragia. Spesso si hanno delle ulcere per sfregamento contro il collo o le pareti della vagina, e dalle ulcere può derivare una lieve emorragia. In casi di vecchia data le rughe della vagina non esistono più, e la mucosa è indurita a mo' della cute. Causa l'edema e la tensione, la mucosa perde anche i suoi attacchi col collo, la riflessione vaginale

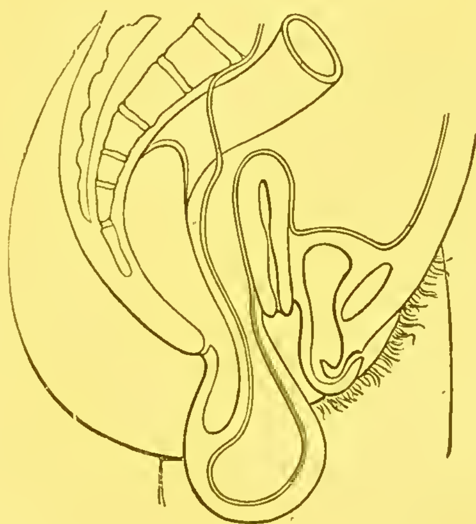


Fig. 43. — Prolasso della parete posteriore con rettocele ed enterocele.

diventa più indefinita, e la porzione vaginale del collo può in conseguenza sembrare scomparsa. Nel prolasso di terzo grado una o entrambe le ovaie possono scendere e fuoriuscire insieme con l'utero, nel quale caso si trova l'utero ordinariamente piccolo e l'orifizio retratto. La borsa di Douglas spesso fuoriesce anche nel prolasso di secondo grado, ma

è raro che contenga intestina (figg. 41 e 42). Nel prolasso recente v' è ectropio del collo per la tensione delle pareti vaginali invertite, ma ne' casi di vecchia data l' orifizio può esser trovato piccolo, qualcosa di minuto, anche nel prolasso di secondo grado. Dopo la menopausa il canale cervicale può essere più o meno completamente occluso. Lo spostamento della base della vescica può, in casi rari, produrre ostruzione tale degli ureteri da cagionare un' idronefrosi o altra lesione renale, e la procidenza non ridotta può dare origine ad un pestamento esteso ed anche fatale.

Diagnosi. — Quando il collo è allo esterno, è impossibile, a meno d' esser troppo malaccorti, sbagliar la diagnosi. In generale si ricorre alla sonda per apprezzare la lunghezza e la direzione della cavità uterina, e vedere di quanto il fondo sta al disotto del suo livello normale. Nel prolasso di primo grado l' estensione dello spostamento può essere esattamente valutata solo con l' esame dell' inferma nella posizione eretta, e collo sperimentare gli effetti delle forzate e volontarie pressioni in basso. Se l' inferma decombe, un prolasso di secondo grado può convertirsi in uno di primo, ma ogni pressione che l' inferma fa in basso col contrarre i suoi muscoli lo riproduce. L' esistenza del rettocele è constatata per mezzo del riscontro rettale, e il grado di cistocele può esser apprezzato introducendo un catetere curvo o una sonda in vescica, e dirigendone la punta in basso nella borsa ch' è in prolasso.

Cura. — L' opinione accettata, del carattere essenzialmente secondario dell' allungamento del collo associato a prolasso, ha un valido appoggio nella cura. Huguier ed altri, accettando le conseguenze logiche della loro teoria, han ritenuto l' unica cura consistere nella escisione, non solo della porzione vaginale, ma di parte anche della sopravaginale del collo. La quale escisione, per la vescica che sta in avanti e pel peritoneo indietro, implica la probabilità di una notevole emorragia, col pericolo consecutivo d' assorbimento di sostanze settiche, del pari che con

l' altro pericolo di aprire la vescica o la cavità peritoneale. È perciò che pochi autorevoli Ginecologi in Inghilterra hanno stimato conveniente, per la cura d' un' affezione che non mette in pericolo la vita, assoggettare l' inferma ad un' operazione cotanto seria. Se nondimeno si tratta d' un allungamento secondario, si ha ragione di aspettarsi che, potendo aver i mezzi di mantenere il collo per un tempo abbastanza lungo al suo livello normale, e trattando in pari tempo opportunamente qualunque infiammazione possa esistere, l' allungamento finirà per diminuire o sparire interamente. Sicchè la necessità dell' amputazione rimane d' ordinario limitata a' casi, ne' quali, non la porzione vaginale del collo, ma la sopravaginale è allungata o ingrandita. La cura di questi casi sarà trattata nel capitolo dell' iperplasia del collo.

Riduzione della Massa Procidente. — Dopo vuotato, se è necessario, il retto e la vescica, l' inferma si situa in semipronazione, e la massa procidente ben lubrificata si comprime ugualmente con le mani, in modo da ridurne il volume. Allora si spinge dolcemente in sopra, in modo che la prima a rotrocedere sia la porzione ch' è stata l' ultima a subire il prolasso. La riduzione è per lo più facile, ma in taluni casi il volume della massa protrudente può esser talmente accresciuto per edema, che difficilmente retrocede. Allora si tenga l' inferma per un certo tempo a letto, mentre si cerca di sostenere la massa procidente, e la si tratti con lozioni fredde o addirittura con ghiaccio, oppure la si assoggetti ad una graduale pressione per mezzo di fasce elastiche. In casi rari, per aderenze infiammatorie nella pelvi, specie quando vi coesista un tumore più o meno connesso coll' utero, la procidenza può essere irriducibile, ed è perciò necessario che non si faccia molta forza nel tentare la riduzione. L' unico trattamento proficuo d' una procidenza irriducibile è una fascia sospensoria, che sostenga, e con una pressione graduale possa eventualmente diminuire la massa spostata.

Metodi di mantenere l' Utero. — Le indicazioni per una cura radicale sono: 1) diminuire il volume dell' utero se eccessivo; 2) rimuovere ogni causa di pressione verso basso o trazione; e 3) reintegrare i sostegni uterini nelle loro primitive condizioni. Per le due prime indicazioni il trattamento dev' essere più o meno protratto, e per la terza occorre un'operazione per riparare i danni patiti dal corpo del perineo o per retrarre artificialmente la vagina. In un gran numero di casi quindi val meglio servirsi di mezzi palliativi, e sostenere l'utero con un pessario, il quale sia tale da coadiuvare e non ostacolare i mezzi, che possono venir impiegati per ottenere un miglioramento radicale.

Il riposo prolungato a letto è in tutti i casi di grande utilità per diminuire il volume dell' utero, se in pari tempo esso può esser mantenuto a posto, e questo trattamento va adottato sempre ne' casi gravi, se è possibile che l' inferma lo tolleri, massime quando esista qualche ulcerazione. Le ulcere guariranno presto, ma la guarigione può esserne accelerata causticandole leggermente col pastello di nitrato d'argento, oppure con una soluzione dello stesso sale (25-75 cg. in 25 gm). Se il rilasciamento della vagina è soltanto moderato, e il grado del prolasso non avanzato, l' uso degli astringenti può bastare per la cura. Allume, tannino o solfato di zinco possono adoperarsi per iniezioni vaginali, ma il metodo più efficace è d'introdurre in vagina due o tre cucchiaini di una di queste sostanze in polvere in un sacchetto di mussola o in un poco di bambagia, e fare di tempo in tempo copiose iniezioni d' acqua fredda. Sono anche utili i semicupii o i bagni di mare, come pure i tonici, specialmente il ferro e la stricnina. L'ergotina può anche favorire il tono muscolare delle pareti della vagina, e diminuire in pari tempo l' iperemia dell' utero. Si useranno i rimedii opportuni contro la tosse cronica e la stitichezza abituale. Come mezzo preliminare per mettere l' utero e la vagina nella posizione conveniente all' uso del pessa-

rio, e agevolare la guarigione delle ulcere, sovente torna utile mantenere in alto l'utero per mezzo d'un tampone vaginale, tenuto in sito, se occorra, da una fascia attorno al perineo. Questo metodo è specialmente indicato quando l'utero non rimanga a posto; anche se l'inferma sta a letto. Contro l'ipertrofia congestiva del collo può essere anche utile un tampone, per la pressione ch'esercita. All'uopo può adoperarsi una spugna, ma per la tendenza che questa ha a provocare decomposizione, dev'esser ritirata molto spesso ed accuratamente pulita. Quando non si sia sicuri di questi tamponi, è meglio adoperare della stoppia, degli sfili (della cosiddetta erba marina antisettica) oppure lana di pecora, la quale conserva la sua elasticità in uno stato d'umidità e di pressione meglio del cotone. Se lo si bagna nella glicerina fenicata, a cui può aggiungersi dell'allume o del tannino, può lasciarsi in sito per due o tre giorni.

Pessarii. — Il pessario che fra tutti presenta il minor numero d'inconvenienti, e che torna d'ordinario efficace in un prolasso di grado non avanzato, se il corpo del perineo non è stato danneggiato, è quello ordinario, sigmoideo di Hodge (figg. 28 e 29). L'azione di questo strumento consiste nel distendere il cul di sacco posteriore indietro ed in sopra, e così mantenere il collo al suo livello normale e l'utero in un certo grado di anteversione. Se la porzione inferiore n'è alquanto rettangolare, e la curva pubica è poco pronunziata, in modo che resti dietro ed al di sopra dell'arco de' pubi, esso sosterrà anche la base della vescica, e impedirà per tal modo quello ch'è il primo passo negli spostamenti (fig. 29). Lo strumento dev'essere piuttosto grosso, ma non più grande del necessario. Quando il sostegno perineale è di molto venuto meno, ed il peso ch'esso dovrebbe sopportare è considerevole, il pessario anulare elastico potrebbe esser mantenuto. La forma migliore di questo pessario è quella fatta di molla d'acciaio coverta di caoutchouc. Per

la sua elasticità, anche un anello di notevole circonferenza può essere facilmente introdotto, comprimendolo da ambo i lati. I più utili sono quelli di 3 1|4 e 2 7|8 poll. di diametro. La molla che si usa comunemente non è abbastanza forte per farne un anello molto largo, quindi l'anello si comprime, e si schiaccia. Il diametro della molla col suo rivestimento di caoutchouc dev'essere almeno di 1|2 poll., perchè la sua compressione sia tollerata. Questo pessario presenta il vantaggio che l'inferma può imparare a toglierlo e introdurlo da se, perchè passa facilmente nella direzione richiesta, cioè dietro il collo, mentre un pessario di Hodge d'ordinario va a situarsi dirimpetto al collo, se introdotto da mano inesperta. Rimuovendolo spesso, si viene ad ovviare il duplice inconveniente di renderlo più atto ad assorbire, e tenerlo poco pulito. Nel caso che occorra tenerlo continuamente in sito, bisogna far uso ogni giorno d'iniezioni vaginali antisettiche.



Fig. 44. — Pessario a leva dell'Autore per il prolasso.

Un altro pessario potrebbe alternarsi con quello anulare, cioè uno che abbia la sua porzione anteriore ripiegata in sopra, in modo che guardato di lato esso forma quasi un arco di cerchio lungo circa 110° (figg. 44 e 45). Il punto essenziale nel meccanismo di questo strumento è che la porzione anteriore rimane in alto al disopra de'pubi, distendendo la parete vaginale anteriore con la base della vescica in un sacco, e non fa pressione contro le branche del pube (fig. 45). La superficie posteriore de'pubi gl'impedisce di scivolare insieme alla parete

vaginale posteriore, senza bisogno d'esser sostenuto dall' apertura vulvare o dal corpo del perineo. Io ho fatto fare la porzione anteriore dello strumento di forma cilindrica del diametro di 5[8 poll., di guisa che la pressione possa esser ampiamente diffusa (fig. 44). Se però il cul di sacco posteriore non è abbastanza ampio, la pressione del pessario può non esser tollerata, e se la vagina è talmente dilatata che la sua larghezza uguaglia la sua lunghezza, il pessario può arrotondarsi lateralmente. Dippiù lo

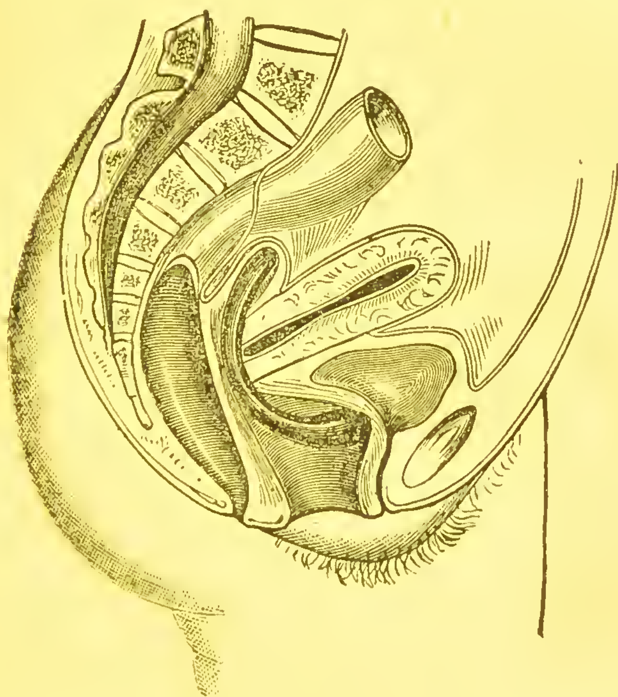


Fig. 45 — Pessario a leva per prolasso in sito.

strumento viene anche a fallire il suo scopo, se la porzione vaginale del collo è tanto atrofizzata da non mantenere la porzione posteriore del medesimo dietro di essa nel cul di sacco posteriore. In simili circostanze è preferibile il pessario anulare; altrimenti

il pessario a leva offre i vantaggi che il suo materiale è più pulito, non dilata tanto la vagina lateralmente, e dippiù esso tende a spingere il fondo direttamente in sopra, se questo è retroflesso, mentre l'anulare tira solamente il collo indietro. Quello a leva è dunque specialmente indicato nel caso di notevole retroflessione. Il modo d'introdurre lo strumento è lo stesso che pel pessario sigmoideo, ma la sua forma rende più difficile uncinarne la porzione posteriore sul collo nel cul di sacco posteriore. Questo, del pari che ogni altro pessario, è necessario sia rimosso a regolari intervalli, sia per pulirlo che per osservare lo stato delle parti.

Se l'utero è stato ricondotto a posto, ed il collo mantenuto al suo livello normale per mezzo di alcuno di questi pessarii, è ovvio che, avvenendo un allungamento dell'organo, esso deve ripiegarsi su se stesso, oppure il fondo dev'essere innalzato al di sopra della sua altezza normale. È più frequente che questi due effetti si associno. L'utero è assai sollecito a ripiegarsi in posizione di retroflessione, e sovente bisogna correggere questa tendenza riconducendolo a posto con la sonda, in guisa da portarne l'asse piuttosto in anteflessione.

Una forma di strumento che riesce talvolta a mantenere l'utero al di dentro della vulva, quando nessun altro riesce se non coll'aiuto di sostegni esterni, è il pessario di Zwancke. Il quale consiste di due piatti simili ad ali di farfalla incardinati fra loro, e capaci di separarsi per mezzo d'una vite o per mezzo di due braccia assicurate da un semplice anello, come nella modificazione del D.r Godson, che dello strumento è la forma migliore (fig. 46). Il pessario distende la vagina lateralmente, e si limita a mantenere il collo entro la vulva senza tendere ad elevarlo al suo livello normale, o correggere alcuna retroversione o retroflessione. Per tal modo esso assicura solo un parziale sollievo, e molti autorevoli Ginecologi giustamente lo dichiarano difettoso. Alcune inferme però che lo hanno adoperato, ne han

ricavato tale vantaggio da non saper decidersi a cambiarlo con qualunque altro Il collo poggiando sul punto dove i due piatti s'incardinano è soggetto ad infiammarsi od ulcerarsi, ma questo si può evitare costruendolo in modo che il cardine non sia troppo sporgente. Il vantaggio principale dello strumento è, che l'inferma può rimuoverlo facilmente da se, e bisogna ingiungerle di rimuoverlo ogni sera, poichè trascurando questa precauzione si sono avute spesso fistole rettali e vescicali. Sullo stesso principio è costruito il pessario *a scaffale* di Simpson, e una modificazione di questo, ch'è stata encomiata dal D.r Matthews Duncan, cioè il pessario *ad asta e disco*, la cui asta estubera attraverso la vulva, dopo introdotto il disco a guisa d' un bottone attraverso un occhiello. Questi però l'inferma non può toglierli da se come quello di Zwancke.

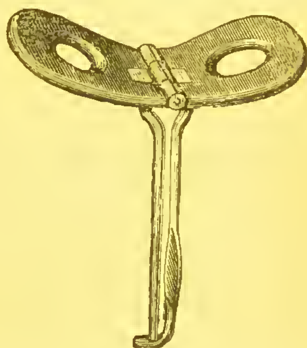


Fig. 46.— Pessario di Zwancke modificato da Godson.

Le vecchie e numerose forme di pessarii che sostenevano l'utero, principalmente per la parte di essi destinata a riempire la vagina, come globi o dischi di legno o d'altre sostanze, son cadute in disuso. Ve n'è uno però, che agisce su questo principio, e che torna qualche volta utile, quando per la presenza d' un tumore pelvico o d'una tumefazione infiammatoria non vien tollerato nè un pessario rigido nè uno elastico, ed è il pessario *ad aria*. Consiste d' una sfera vuota di caoutchouc, a cui è inserito un tubo, per mezzo del quale essa è gonfiata da una piccola pompa, e l' inferma può facilmente introdurlo e rimuoverlo da se stessa. A causa della sostanza di cui è fatto, questo pessario dev'essere frequentemente pulito.

Quando il pessario a leva o quello anulare a molla

non si mantengono, val meglio, in mancanza di una operazione plastica, ricorrere al pessario *a coppa ed asta*, sostenuto da una cintura a quattro legacce (fig. 47). Prima però di adoperarlo bisogna curar col riposo qualunque ulcerazione esistente. Questo pessario offre il vantaggio di non distendere la vagina, e non è difficile all' inferma toglierselo ogni sera, facendo allora uso di astringenti. Le quattro legacce della cintura debbono esser fatte con tubi di caoutchouc, ben più pulito che non sia quello degli strumenti che si vendono, e il pessario dev' esser fatto di vulcanite. Il suo estremo inferiore va fissato in un foglio quadrato di caoutchouc largo quanto è necessario, e ai quattro angoli d' esso si attaccano le legacce, in modo che queste non passino sulle grandi e piccole labbra, ma siano invece nel solco genito-crurale di ambo i lati, e così non producano strofinio. L' asta del pessario può esser fornita d' una curva pelvica, ma quando è dritta corregge meglio la tendenza alla retroversione, collo spingere il collo indietro. Pessarii della stessa forma fatti di gomma elastica sono talvolta utili, quando l' utero è molle, ma la sostanza di che son fatti è più impura, e d' altra parte difficilmente resistono ad una forza spostante molto potente.

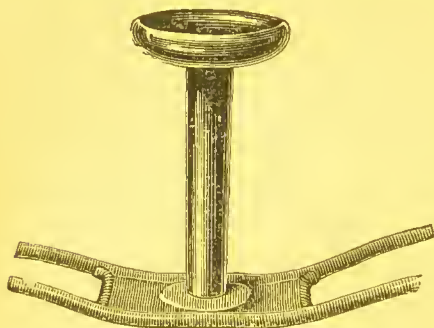


Fig. 47 — Pessario a coppa ed asta.

Il pessario di Cutter può alternarsi con quello a coppa e ad asta. Esso ha nella sua estremità superiore una coppa per ricevervi il collo dell'utero, l'asta si curva indietro sul perineo, e termina in una sola legaccia fatta da un tubo di caoutchouc che va ad attaccarsi alla cintura posteriormente (fig. 48).

Il D.r Thomas loda questo strumento come il più perfetto fra quelli che poggiano sopra sostegni esterni, ma io l'ho provato molto facile a farsi spostare e più atto a produrre strofinio che nol sia il precedente.

Quando l'inferma ricusa un trattamento operativo, e non si assoggetta a pessarii più efficaci, si può ricavar qualche vantaggio da uno de'sostenitori utero-addominali, che prima si adoperavano più d'adesso. Essi son fatti d'una cintura combinata con un disco metallico rivestito d'un cuscinetto, che si situa sul pube oppure sul sacro. Una fascia o correggia mantiene un altro cuscinetto sul perineo, il quale può

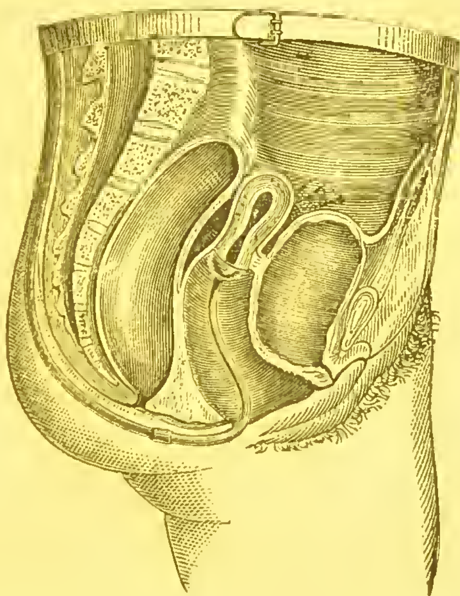


Fig. 48 — Pessario di Cutter per prolasso, in sito (secondo Thomas).

servire a mantenere l'utero entro la vulva, mentre il disco con la sua compressione serve ad alleviare il dolore.

Trattamento operativo. — Esistendo allungamento ipertrofico della porzione vaginale del collo, esso è

probabilmente la causa primitiva del prolasso, e l'unico trattamento che convenga in tal caso è l'amputazione. Inoltre, esistendo un ingrandimento generale dell'utero, ed ingrossamento della porzione vaginale del collo, anche senza notevole allungamento, spesso è utile amputare la porzione vaginale medesima col metodo plastico, portando la mucosa sul moncone per mezzo di suture. L'effetto alterante dell'operazione ed il riposo a letto producono un impiccolimento dell'utero, il quale in seguito sarà più facilmente mantenuto da un pessario anulare o da qualunque altro. Il metodo operativo è descritto nel capitolo dell'iperplasia del collo.

Poichè i danni recati al perineo dal travaglio del parto sono generalmente il punto di partenza della conversione della vagina da un sostegno dell'utero in una causa di spostamento, la più semplice operazione, per la reintegrazione di questo sostegno, consiste nel restituire l'integrità al perineo, il che può farsi senza bisogno di suture a spina. Bisogna aver cura di non rifare solamente il perineo sottile, ma di riprodurre la forma triangolare (nella sezione longitudinale) del corpo perineale. Se accuratamente eseguita e con successo, quest'operazione renderà possibile la permanenza in sito d'un pessario a leva o d'uno anulare a molla, benchè per se stessa d'ordinario non riesca molto efficace, poichè il nuovo perineo non tarda a dilatarsi sotto la pressione dell'utero che discende.

Reintegrazione del Perineo.—I casi di prolasso, ne'quali questa operazione è molto indicata, son quelli, in cui è più o meno avvenuta la distruzione del corpo perineale in seguito al travaglio del parto, e ne'quali l'ipertrofia della porzione superiore della vagina non è eccessiva. Il seguente metodo operativo è molto conveniente. L'inferma si situa in posizione da litotomia. Adoperando la « gruccia di Clover » si può fare a meno di assistenti per sostenere le cosce. Per mezzo di questa gruccia, immediatamente al di sopra delle ginocchia le cosce son fis-

sate la mercè di corregge circolari all'estremo di una spranga di ferro, la cui lunghezza può esser regolata da una vite che la mantiene fissa in qualunque posizione. Le cosce allora vengon flesse quanto occorre la mercè di una correggia imbottita, che va da un estremo della spranga attorno al collo, e si attacca all'altro estremo. In tal modo le ginocchia sono mantenute divaricate mentre si pratica l'operazione, e si avvicinano girando la vite, quando è il tempo di stringere le suture.

L'estensione della superficie da recentare è indicata dalla cicatrice prodottasi per la rottura, ma è bene però di sorpassare un poco i limiti di essa in tutte le direzioni, specialmente verso la linea mediana della vagina e verso le metà inferiori delle grandi labbra, e ciò per assicurare s'è possibile un corpo perineale un po' più lungo e profondo dell'originale, ed anche per lasciare un certo margine, pel caso che le superficie non si uniscano completamente infino ai margini. Per distendere la mucosa, un assistente a ciascun lato dell'inferma mette uno o due dita sulla cute della coscia tirando la vulva in fuori (fig. 49). La cute della porzione inferiore *A* (fig. 49), in vicinanza dell'ano può essere afferrata da un tenacolo e tirata in basso. Se per rilasciamento della vagina la mucosa non si lascia sufficientemente distendere, allora si afferra la parete vaginale posteriore un poco al di sopra del punto B con una pinzetta a tenacolo dal lungo manico (fig. 4.), e la si spinge verso sopra. Allora si fanno delle incisioni attraverso la mucosa dal punto *B* al punto *A* (fig. 49) lungo la linea mediana della vagina, e dal punto *A* ai punti *C* e *D* attraverso l'unione della mucosa con la cute. Le incisioni in direzione dei punti *C* e *D* non debbono oltrepassare l'estremità inferiore delle ninfe. Si hanno così due spazii triangolari *ABC* ed *ABD*, i quali debbono essere asportati dall'apice *A* verso le basi *BC* e *BD*, tenendo l'angolo della mucosa al punto *A* con una pinzetta da dissezione. La dissezione non

dev'esser profonda più del necessario, e, facendola col bisturi, le superficie si uniranno più presto. Se però v' è molta tendenza a sanguinare, si possono usare le forbici. Si tagliano allora gli apici dei due spazii triangolari lasciando un lembo rovesciato lungo le basi *BC* e *BD*. Quando le superficie saranno unite, questi lembi formeranno un piccolo rilievo,

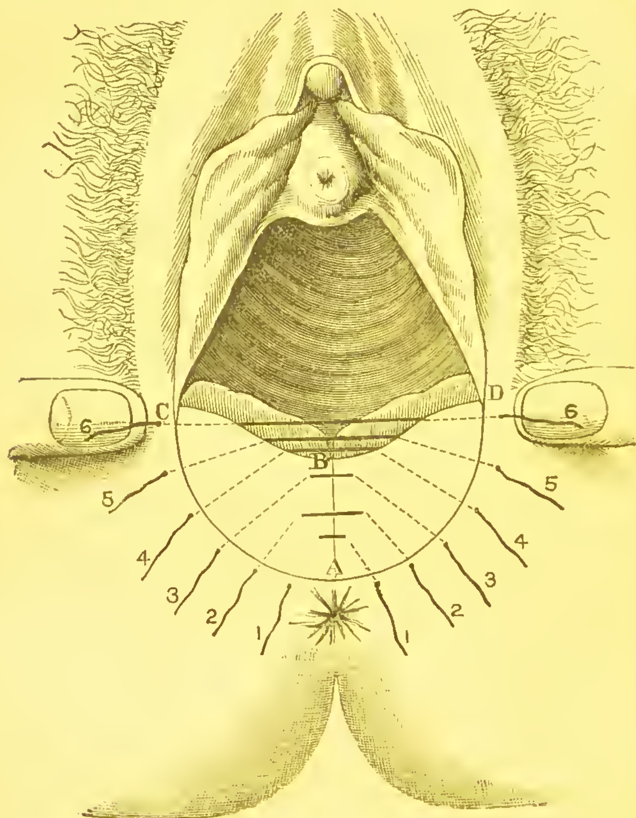


Fig. 49. — Operazione per la reintegrazione del perineo.

e se in qualche punto le superficie non si uniscono lungo i margini, i lembi servono a ricoprirlo.

Il miglior filo per le suture è la seta, il filo da pesca, ma abbastanza grosso e colorato per renderlo

facilmente visibile. Questo filo di seta ha tutti i vantaggi del filo d'argento, poichè non assorbe, mentre in pari tempo si maneggia più facilmente, e le punte che rimangono libere dopo l'operazione non producono i disturbi che spesso si lamentano col filo d'argento. Le suture si dispongono come le mostra la figura, e l'ago che più si presti è un ago leggermente ricurvo, non molto grosso e montato ad un manico. V'è anche il metodo di fare le prime tre suture profonde in modo che siano coverte da tessuti per tutto il loro corso, ma se si portano in fuori nel centro per spazii alternativamente corti e lunghi come si vedono nella figura, si ottiene il vantaggio che le superficie vengono più facilmente in contatto a qualunque livello senza bisogno di stirarle. Nel passare le suture 4, 5 e 6, l'ago dev'esser portato in fuori proprio sul margine, lungo il quale i lembi di mucosa *BC* e *BD* son rivolti in su, senza però attraversare la mucosa. Si legano allora le suture secondo l'ordine numerico da 1 a 6, curando che le superficie siano quanto si può *iuxta positae*, e non rimanga fra esse alcun grumo di sangue. Il mutuo contatto delle superficie è sufficiente ad arrestare il sangue, e se esse sono unite a dovere non vi sarà neppure alcun'emorragia secondaria, a meno che le stesse suture, essendo troppo tese, non comincino a tagliare i tessuti. Le suture si posson lasciare da sei a sette giorni.

Operazione di Colporrafia Posteriore. — Ne' casi, in cui la parete vaginale è divenuta troppo voluminosa per ipertrofia, ed in quelli, ne' quali non pare che il prolasso abbia in prima dipeso da difetto nel corpo del perineo, val meglio di allargare il campo dell'operazione, in modo da eseguire l'operazione di colporrafia posteriore, cioè di restringimento, per mezzo di sutura, della parete vaginale posteriore. Si rimuove così una parte della mucosa che sovrabbonda, e la vagina si retrae nella sua porzione inferiore. Io per lo più ho eseguita questa operazione col seguente metodo, ch'è una modificazione del me-

todo di Simon. Se la vagina non è completamente arrovesciata posteriormente, la mucosa si distende, come nell'altro caso, per mezzo d'una pinzetta a tenacolo a lungo manico al disopra del punto *B* (fig. 50) e distendendola verso sopra. Che se l'arrovesciamento della vagina è completo, il recentamento può esser fatto, se si vuole, interamente al difuori della vulva, afferrando la mucosa nello stesso punto e trasportandola in sopra verso il pube. Come nell' altro caso, la cute sotto il punto *A* vien tirata in basso per mezzo d' un tenacolo, e quella vicina ai punti *C* e *D* si ritira in fuori dalle dita degli assistenti. Si fanno le incisioni attraverso la mucosa dal punto *B* al punto *A*, ed attraverso la cute vicino al punto d' unione colla mucosa da *A* a *C* e dal *A* a *D*. Ora però il punto *B* è preso molto più in alto sulla vagina, di guisa che la linea *AB* sia due o tre volte più lunga che non nel primo caso. Gli spazii irregolarmente triangolari si dissecano dal punto *A* verso le basi *BC* e *BD*, con un angolo ottuso in corrispondenza del punto *B*. Andando verso la parte superiore della vagina è meglio adoperar le forbici a causa della vascolarità del tessuto. Le suture vaginali da 1 a 5 van meglio fatte con un ago ricurvo a metà, mantenuto da un porta-aghi, ed esse sono alternativamente superficiali e profonde, e fatte in guisa da entrare ed uscire molto vicine al margine della mucosa, sicchè questa non si arrovesci quando le suture si stringono. Le rimanenti suture da 6 ad 11 si fanno come nell'operazione per la reintegrazione del perineo. Allora si rimette a posto la vagina, le suture si stringono, e si attaccano seguendo l'ordine de'numeri da 1 ad 11. Quanto maggiore è la resistenza da vincere, tanto più numerose debbono essere le suture, di tal che in ciascuna di esse diminuisca la tensione. L'idea di far terminare la superficie recentata in un angolo molto ottuso verso il punto *B*, come si vede nella figura, serve alla formazione d'una borsa al disopra della cicatrice, in cui può esser contenuto il collo, invece di

distendere gradualmente la porzione retratta della vagina.

Nell'operazione di Simon per la colporrafia posteriore si adopera uno speculum finestrato, modifica-

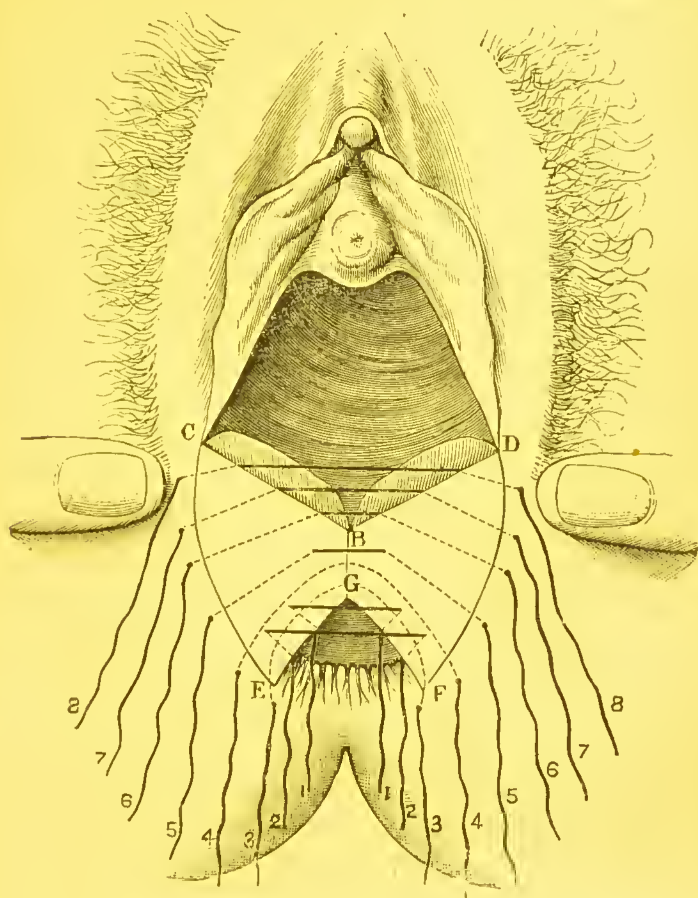


Fig. 50 — Operazione di Colporrafia Posteriore.

zione dello speculum di Sims. Attraverso la finestra dello speculum si recenta la mucosa con un bisturi o colle forbici per una superficie di 2 1|4 poll. di larghezza in corrispondenza dell'apertura della vagina, donde si prosegue in fuori fino alle metà po-

steriori delle grandi labbra, estendendosi in ugual proporzione nella vagina e restringendosi leggermente verso sopra, dove l'incisione è completata da due altre, che s' incontrano superiormente ad un angolo abbastanza ottuso. L' operazione di Hegar, da lui chiamata *perineauxesis* è molto simile alla precedente, colla differenza che per escidere la mucosa egli la tira in fuori con un tenacolo, che fa uso di filo d'argento per le suture, e la superficie recentata è triangolare.

Altri operatori preferiscono restringere la parete anteriore della vagina, asportando una porzione di mucosa in vicinanza del collo, praticando la cosiddetta *colporrafia anteriore.* Marion Sims asporta colle forbici curve una porzione di mucosa della forma di un V, e la riunisce con suture a filo d' argento. Le due branche del V son dirette verso il collo, e in parte unite da piccole porzioni trasversali, lasciando al di dentro una piccola borsa di mucosa. Emmet preferisce chiudere la borsetta completando la porzione trasversale. Schroeder asporta una superficie ovale, e la riunisce con suture alternativamente superficiali e profonde. Alcuni han proposto, in casi di donne in età avanzata, di chiudere l'apertura della vagina lasciandovi un piccolo meato, unendo fra loro le grandi labbra, oppure chiuderla completamente ad un livello superiore. Le Fort raccomanda di formare un setto longitudinale unendo la parete anteriore della vagina alla posteriore in modo da produrre una vagina artificialmente doppia, il che secondo lui non impedirebbe il coito, nè ostacolerebbe il parto.

In seguito a qualunque di queste operazioni, eccetto la completa occlusione della vagina, per perfetta che possa sembrare da principio, una totale ricaduta può avvenire dopo lungo tempo. Pare quindi preferibile non pretendere di ottenere una cura completa con la sola operazione, ma solo ritenerla atta a rendere possibile che sia utilmente adoperato un pessario vaginale di discreta grandezza. L'operazione per ottener questo sco-

po è la più facile e la meno grave, quella cioè di restringere la vagina nella sua porzione inferiore posteriormente con uno de' metodi accennati, o reintegrazione del perineo, oppure colporrafia posteriore, secondo lo stato della vagina. Questo agevolerà il mantenimento in sito d' un pessario anulare elastico, o d'un pessario di Hodge di forma sigmoidea e di media grandezza. Se con tali mezzi si riesce a mantenere la vagina al suo livello normale per parecchi anni, si può a lungo evitare qualunque iperplasia dell' utero, e i legamenti riavendo il loro tono, si può smettere permanentemente il pessario senza tema di ricaduta. Questa operazione plastica si raccomanda in generale ne' casi di donne che non abbian di molto oltrepassato la mezza età, quando non vi è tanta deficienza del perineo o rilasciamento della vagina da non permetter l' uso efficace di alcun pessario, e ciò per evitar loro il disturbo di portare per molti anni de'sostegni esterni. Quand'anche un pessario tollerato esternamente non riesce a mantenere il prolasso, o non può esser più portato dopo prese tutte le misure opportune, allora un' operazione rimane l' unica alternativa possibile.

Inversione dell' Utero.

Anatomia patologica.—L'inversione dell'utero può avere tre gradi diversi: il primo, quando il fondo è solo in parte invaginato e rimane al di dentro dell'orifizio; il secondo, quando il fondo ha attraversato l'orifizio; il terzo finalmente, che si osserva ben di rado, quando tutto il collo ed il corpo sono completamente invertiti, in modo che neppure un solco rimane tra il collo e la volta della vagina. Ciascuno de' due ultimi gradi può esser complicato dalla protrusione del fondo invertito al di fuori della vulva. L'inversione acuta appartiene piuttosto all'ostetricia, poichè d'ordinario è effetto del parto. Noi dobbiamo occuparci qui dell'inversione cronica, che nei

casi in cui è posteriore al parto, diventa tale quando il processo d'involuzione è completo.

Etiologia.—Le condizioni necessarie per prodursi l'inversione dell'utero sono il rilasciamento della parete uterina ed una forza di trazione o di pressione che agisca su qualche parte del fondo. Nel puerperio si ha la forza di trazione applicata attraverso il cordone ombelicale alla placenta rimasta attaccata, si ha la pressione della mano applicata esternamente sull'utero rilasciato, oppure si ha semplicemente il peso e la prominenza del sito placentare, con o senza la stessa placenta. Astrazion fatta dal parto, la causa principale dell'inversione è la trazione esercitata da un fibroma sottomucoso o da un polipo. In ciascuno de' due casi l'utero, afferrando la porzione invaginata come un corpo estraneo, n'è stimolato, si contrae, e così aumenta l'inversione.

Sintomi ed Esiti.—I sintomi immediati dell'inversione sono d'ordinario una forte scossa e collasso, spesso accompagnati da subitanea e grave emorragia. L'utero è come un corpo estraneo nella vagina o al di fuori della vulva, ed eccita sforzi espulsivi. Nello stato cronico il sintoma culminante, che reclama imperativamente pronto sollievo, è la menorragia o irregolare emorragia. La presenza del tumore eccita contrazione de' muscoli addominali, produce tenesmo vescicale e rettale, e sovente è difficile ch'esso sia mantenuto entro la vagina. La mucosa uterina s'infiamma per l'irritazione a cui l'espone la sua situazione anormale, e così ha origine una leucorrea muco-purulenta. Se il tumore protrude all'esterno, è assai facile che avvengano ulcerazioni ed anche scollamenti. Gli scollamenti, l'emorragia, il graduale esaurimento possono produrre la morte. In taluni casi si formano aderenze fra le superficie peritoneali dell'utero, ma questo avviene molto raramente, anche quando la riduzione è stata estremamente difficile. L'inversione può durare degli anni con leggieri sintomi, ma questo d'ordinario avviene solo in que'casi, ne'quali dopo la menopau-

sa la tolleranza è maggiore, e la struttura della mucosa uterina è stata profondamente alterata. In casi rarissimi si è avuta la riduzione spontanea anche dopo un lungo intervallo, e non è infrequente che la riduzione si completi spontaneamente, dopo che l'arte l'avea cominciata.

Diagnosi.—Il tumore formato dall' utero rivoltato o si trova all'esterno, oppure si tocca col dito nella vagina. Il punto più essenziale nella diagnosi è distinguere tra l' inversione dell' utero e la presenza d'un polipo, del pari che decidere se è stata la forza di trazione d'un polipo che ha prodotto una parziale inversione. Nel caso d' un polipo, il fondo si può trovare e circoscrivere coll' esame bimanuale, introducendo il dito nella vagina o nel retto, mentre nell' inversione il fondo non si trova al suo posto normale. Il mezzo più sollecito di distinzione é la sonda, la quale nell' inversione è arrestata ad una lunghezza minore della normale, quando è introdotta tra la base del tumore e l' orifizio, mentre nel caso di polipo la sonda passa per tutta la sua lunghezza o almeno ad una maggiore distanza. In rari casi la superficie d' un polipo può contrarre aderenze con ogni punto del bordo dell' orifizio, ma si può in qualche parte senza uno sforzo eccessivo far passare la sonda. La superficie dell'utero in inversione, a meno che non sia modificata per essere stata troppo a lungo in contatto dell' aria, è fortemente iniettata, vellutata e facilmente sanguinante. L' inversione si distingue dal polipo per essere dolorosa, e sensibile all'agopuntura o allo stringimento d'una legatura qualunque. Un altro mezzo di distinzione consiste nell'introdurre una sonda in vescica con la punta rivolta indietro. Introducendo un dito nel retto, nel caso d' inversione si può sentire la punta della sonda al disopra dell'orifizio, essendo di mezzo tra il dito e la punta della sonda soltanto le pareti del retto e della vescica, al punto che in condizioni normali sarebbe occupato dal corpo dell' utero. In alcuni casi si può constatare attraverso i

retto la depressione imbutiforme formata dall'inversione.

Cura. — Ne'casi recenti, indipendenti o no dal parto, si può ottenere la riduzione col taxis. Si anestesizza l'inferma, e s'introduce una mano in vagina, in modo da comprimere il tumore ed esercitare una energica e prolungata pressione verso sopra in direzione dell' asse pelvico, mentre con l' altra mano si fa una contropressione sull' addome. Lo sforzo dev'esser diretto a ripristinare per la prima la parte ch'è stata l'ultima a rivoltarsi, non a produrre infossamenti nel fondo, il che servirebbe solo a raddoppiare la spessezza della parete uterina, che deve passare attraverso il restringimento. Nell'inversione cronica v' è molto rischio di produrre delle lacerazioni tentando la riduzione immediata con un taxis forzato, perciò è preferibile cominciare col metodo della pressione prolungata. Non riuscendo con questo a fare la riduzione, si può tentare il taxis, ripetendolo di tempo in tempo, senza però trascurare la pressione elastica prolungata. Ne'casi facili si può ottenere la riduzione, introducendo in vagina un pessario ad aria, e sostenendolo con una fascia perineale. In quelli più difficili si può adoprare un repositorio, o dritto o con una doppia curva pelvica e perineale, come nello strumento del D.r Aveling. Nel primo tempo della riduzione, quando l'inversione è completa o quasi, e l'asse uterino si trova quasi nella linea della vagina, il repositorio dritto risponde bene, ma quando la riduzione è parzialmente ottenuta pare che il repositorio a doppia curva sia più vantaggioso, poichè permette di far pressione nell'asse della pelvi. L'estremità superiore del repositorio dev'esser tale da potervi avvitare due parti terminali di varia grandezza: una, un disco a forma di coppa abbastanza largo per ricevere il fondo in inversione, da adoperarsi nel primo tempo della riduzione; un' altra, un disco più piccolo capace di attraversare l'orifizio, una volta che il fondo è stato riportato al di dentro di questo, e così completare

la riduzione. È meglio ancora che il piccolo disco sia sostituito da un cilindro con l'estremo superiore scavato a mo' di coppa, poichè il disco, quando la riduzione è completa, può esser ritenuto al di dentro dell'orifizio interno, e il ritirarlo potrebbe esser difficile. All'estremità inferiore del repositorio sono fissate quattro fasce elastiche che si attaccano avanti e indietro ad una cintura addominale. La disposizione di queste fasce può servire a regolare la direzione e la forza della pressione. L' inferma deve rimanere a letto, e per aiutarla a tollerare la pressione le si facciano iniezioni di morfina. In mancanza d'un repositorio adatto alla circostanza, si può supplire adattando ed incollando all' estremo d' un pessario (fig. 47) una piccola palla di gomma elastica non interamente rigonfia, e ciò in un primissimo tempo della riduzione. In seguito si può completare la riduzione col taxis.

Impedimenti posson sorgere nei diversi tempi della riduzione, e varî sono gli espedienti per vincerli. Anzitutto l' orifizio esterno ristretto può opporre resistenza, e si può vincerla col metodo del Dott. Hicks, distendendo, cioè, la volta della vagina con un pessario anulare vuoto ed elastico combinato con pressione esercitata direttamente sul fondo, in modo da allargare l' orifizio. Si può pure seguire il metodo del Dott. Barnes, incidendo i bordi dell'orifizio, ma il primo metodo è preferibile. Più di sovente il punto ristretto, che oppone l' ostacolo, è vicino all' orifizio interno. Fallendo altri mezzi, si può adottare l'espediente raccomandato da Barnes e da Marion Sims, di praticare, cioè, due incisioni longitudinali attraverso le fibre muscolari sottostanti alla mucosa, prima di por mano al taxis. V'è però il rischio di una forte emorragia e d'estendere la lacerazione, quindi è prudenza non adottarlo se non dopo aver provato il repositorio a doppia curva. Quando la riduzione è a metà compiuta, mentre il fondo è ancora riluttante, si può tentare il metodo di taxis proposto dal Dott. Noeggerath di New-York, e sperimentato con

successo da altri, consistente nel far pressione con un solo dito sopra un corno dell' utero presso il punto d'uscita della tromba di Falloppio.

Quando tutti i mezzi falliscono, non rimane che l'estrema risorsa dell'amputazione. In avvenire l'amputazione sarà ben di rado giustificabile, e probabilmente sarà sempre possibile far la riduzione, meno ne' casi molto eccezionali di forti aderenze tra le superficie peritoneali, nei quali il pericolo è di molto scemato. L'amputazione si faccia collo schiacciatoio galvanico, o, in mancanza, collo schiacciatoio ordinario, avendo a portata di mano un termo-cauterio per frenare all' occorrenza l' emorragia. Il tumore dev'esser prima tirato in basso, e fortemente allacciato al di sopra della linea d'amputazione, in modo che il moncone sia a disposizione completa dell'operatore.

Il Dott. Thomas ha arditamente eseguito il metodo di aprire l' addome per dilatare dal disopra il collo ristretto, e compiere così la riduzione. Di due inferme trattate a questo modo una morì, e l' altra scampò a mala pena. Pare quindi che per adesso il metodo sia troppo pericoloso per essere imitato.

CAPITOLO V.

IPERPLASIA ED ATROFIA DELL' UTERO.

Subinvoluzione, Ipertrofia ed Iperplasia dell' utero.

Etiologia. — Di tutti gli organi del corpo l'utero è quello, il cui tessuto sia più sollecito a rispondere con l'alterata nutrizione a qualunque alterazione nella sua circolazione, o a qualunque forma di stimolo. Un tal requisito è necessario per renderlo atto ad ingrandirsi durante la gravidanza, in guisa da aumentare il suo peso da circa un'oncia e mezzo a 28 once, e di essere ripristinato quasi al suo primitivo volume durante le cinque settimane che seguono il parto. Esso inoltre, finchè durano gli anni d'attività sessuale, a parte la gravidanza, non è mai in riposo, e la sua membrana mucosa alternativamente cresce, si tumefà, e si sfalda in ogni ciclo mestruale, mentre mutamenti corrispondenti si verificano nello stato vascolare di tutto quanto l' organo. Le modificazioni che questi cambiamenti possono subire, si possono associare ad ipertrofia, degenerazione o atrofia del suo tessuto.

A somiglianza d'ogni altro organo muscolare cavo, l'utero diventa ipertrofico, se un ostacolo si oppone alla fuoruscita del suo contenuto. Esso quindi s'ingrandisce per stenosi o per flessione, se l'una o l'altra di queste condizioni ostruisce il canale uterino. La causa però più frequente d' ingrandimento dell'utero è la subinvoluzione, o quello stato d'incompleto ripristinamento dell'utero dopo il parto o dopo l' aborto. Le condizioni per verificarsi l' involuzione sono due : prima, una sufficiente diminuzione della

quantità di sangue nei vasi uterini, e quindi della corrente sanguigna attraverso gli stessi; seconda, un'attività sufficiente nel processo d'assorbimento e di nutrizione. La prima della due condizioni sta molto in rapporto sia con la contrazione periodica dell'utero, che col suo tono muscolare negl'intervalli della contrazione ritmica. Sicchè la subinvoluzione è provocata dall'atonia muscolare, e insieme anche da difetto nella funzione dell' allattamento, poichè il succhiare del bambino, per azione riflessa, eccita le contrazioni uterine. Altre cagioni importanti d'iperemia attiva e di consecutiva subinvoluzione sono la ritenzione d'una porzione di placenta, di membrana o di grumi e l' infiammazione del collo, o del corpo dell'utero, o del tessuto circostante. La più comune di queste cause sono gli effetti di lesioni meccaniche subìte dal collo durante il travaglio. Un troppo sollecito ritorno alla posizione eretta, agli esercizî muscolari, o al connubio coniugale dànno lo stesso risultato. Dall'altra parte una permanenza assoluta e troppo prolungata nella posizione dorsale predispone all'iperemia passiva, e rende così l' involuzione imperfetta. Una causa importante d'iperemia passiva è il prolasso parziale o qualunque altro spostamento, che spesso si manifesta dopo il parto, specie quando la puerpera lascia troppo presto il letto. Di più si ha iperemia passiva per ogni ostruzione venosa sia locale che generale.

Dopo un aborto la subinvoluzione è anche più frequente che non dopo il parto — prima perchè la mucosa uterina, non essendo naturalmente preparata alla separazione della caduca, ed in molti casi essendo stata precedentemente in uno stato patologico, è più atta ad esser lasciata in uno stato anormale, o anche con una porzione di placenta aderente; secondariamente, perchè manca lo stimolo dell' allattamento; ed in terzo luogo, perchè le donne, che non apprezzano abbastanza l'importanza d'un aborto, facilmente trascurano la precauzione di star in riposo per un tempo sufficiente, e più presto che non deb-

bano ritornano agli amplessi maritali. Sià dopo il parto che dopo l'aborto, si può manifestare un difetto nelle funzioni d'assorbimento, a causa di debolezza costituzionale o di difettosa nutrizione.

Astrazion fatta dalla gravidanza, la causa principale dell'ingrandimento dell'utero è l'iperemia attiva, o riflessa oppure associata ad infiammazione; ma la passiva tende anche a produrre un infiltramento sieroso del tessuto, e produrre eventualmente un ingrandimento per degenerazione. Le cause dell'iperemie attiva e passiva saranno trattate più avanti (pp. 158, 165). Secondo il Dott. Thomas un utero che è stato una volta ingrandito per gravidanza, è assai più soggetto d'un utero multiparo ad un processo d'iperplasia sotto l'influenza di qualunque causa eccitante o infiammatoria.

Anatomia patologica. — Nell'ingrandimento dell'utero che tiene solo ad ostruzione del canale, lo stato patologico è quello dell'ipertrofia di tutto l'organo, ma più specialmente delle fibre muscolari. Del pari che il muscolare, anche il tessuto cellulare può divenire ipertrofico nei primi periodi di una subinvoluzione, la quale si sia avverata senza la esistenza d'alcuna metrite, sia come causa che come complicanza. Nel maggior numero dei casi, però, di subinvoluzione ed altre forme d'ingrandimento, all'esame microscopico si osserva una indebita proporzione di tessuto fibroso comparativamente alle fibre muscolari. Questo a lungo andare produce un inspessimento del tessuto, che prima per imbibizione sierosa era più molle del normale. Questo inspessimento è specialmente pronunziato nel collo, tanto che si avverte col dito, e può far diagnosticare uno scirro, errore diagnostico che in tempi anteriori ai nostri era probabilmente frequente. Com'è da aspettarsi dalla ben nota tendenza dell'infiammazione cronica a produrre inspessimento, dando luogo a formazione di tessuto fibroso, questo aumento relativo di elementi cellulari comparativamente agli elementi muscolari, è massimo, quando causa dell'ingrandimento è una me-

trite cronica sia del collo che del corpo, e nei casi misti è più notevole, proporzionatamente alla preponderanza degli elementi infiammatori. Potrebbe essere per altro un cambiamento degenerativo sotto l'influenza del ristagno venoso, oppure dovuto a cause costituzionali di degenerazioni del tessuto. Lo stato anatomico finale, poi, ch'è stato chiamato *iperplasia areolare, sclerosi dell'utero*, o *ipertrofia congestiva*, può esser prodotto da diverse cause: o da un processo infiammatorio cronico, o da altre condizioni nelle quali non si può asseverare ch' esista infiammazione siccome questa si definisce. Qualunque però sia il nome adottato, esso dev'esser dato al risultato prodotto, non al processo che lo produce. L'inspessimento delle pareti uterine è d'ordinario maggiore, in proporzione, dell' allungamento della cavità uterina; sicchè, meno i casi di discesa e d'allungamento del collo, l'organo assume un aspetto globoso. Misurata con la sonda, la cavità dell' utero si trova lunga non più che 3 1/2-4 poll., benchè talvolta raggiunga i 5 pollici e anche più.

VARIETÀ — Nella gran parte dei casi l' iperplasia affetta il corpo ed il collo dell'utero, quantunque d'ordinario sia più preponderante in uno che nell'altro. Tra le forme speciali d'iperplasia va annoverato l'allungamento ipertrofico della porzione sopravaginale del collo. Questo per lo più è dovuto alla tensione della parete della vagina, o a prolasso del collo, associato o no a causa d' iperplasia, o primaria o consecutiva, e ne abbiam parlato nel capitolo del prolasso dell'utero e della vagina. Un'altra forma è l' allungamento iperplastico della porzione vaginale del collo, da doversi distinguere dall' iperplasia del collo medesimo nella sua larghezza o in tutte le sue dimensioni. Quest'affezione è comparativamente rara, ed è d' ordinario più comune nelle vergini o nelle nullipare, poichè pare che sia piuttosto congenita. Essa per lo più dà luogo a prolasso di primo o di secondo grado, il collo in prolasso diventa congesto o s'infiamma, e quindi l'iperplasia aumenta.

Sintomi ed esiti. — L'ingrandimento dell'utero è causa molto comune di spostamento, specie di prolasso, retroversione o retroflessione, a causa dell'aumento di peso e della mollezza del tessuto che esiste in un primo tempo. Un'iperplasia senza complicanze, massime quando è recente, facilmente è causa di dolore lacerante al dorso, all'ipogastrio ed ai lombi per lo stiramento dei legamenti. L'aumento di superficie nell'interno della cavità uterina produce naturalmente un flusso mestruo più abbondante, meno negli ultimi periodi d'iperplasia, quando il tessuto è degenerato ed anemico. Nel primo periodo della subinvoluzione dopo il parto, v'è generalmente associata una sufficiente iperemia per dar luogo ad una prematura ricorrenza mestruale, malgrado l'influenza contraria dell'allattamento. Gli altri sintomi di iperplasia son dovuti in massima parte all'iperemia, a endometrite, metrite o spostamento, ad una o più delle quali affezioni essa quasi sempre va unita.

Diagnosi. — Il riscontro vaginale è sufficiente a constatare prontamente l'iperplasia del collo, e la durezza o mollezza del tessuto ne indica lo stadio. Nel capitolo del cancro è descritta la diagnosi differenziale tra l'iperplasia e la degenerazione cancerigna. L'ingrandimento nell'iperplasia del corpo dell'utero è constatato con l'esame bimanuale, e l'inspessimento delle pareti è in generale maggiore dell'accrescimento in lunghezza. La lunghezza della cavità si misura con la sonda, se l'uso non n'è controindicato. Il punto più difficile della diagnosi è distinguere tra una semplice iperplasia ed un ingrandimento dovuto ad un fibroma. In quest'ultimo caso la superficie esterna dell'utero è spesso irregolare. Se però il tumore sporge all'interno, può esser necessario dilatare sufficientemente il collo, in modo da permettere al dito indice di penetrare nel cavo uterino, pria che sia constatato l'ingrandimento irregolare. Nei casi, in cui la presenza d'un fibroide molto piccolo è causa di grande iperplasia di tutto l'utero, il tumore può passare facilmente inos-

servato. L'iperplasia si distingue dalla gravidanza non avanzata per la maggiore sensibilità dell'utero, e per la persistenza della mestruazione, laddove nella gravidanza v'è stato un periodo amenorroico, benchè possa esservi emorragia quando v'è la minaccia dell'aborto. Questa distinzione però può fallire, quando all'iperplasia s'associano i primordî delle irregolarità climateriche. Il segno più prezioso, per distinguere l'utero gravido, è l'ingrandimento in forma più globosa del suo corpo e la sua maggiore mollezza dovuta alla massa liquida che contiene. Spesso si può constatare nei primi mesi della gestazione una variazione nella consistenza dell'utero dovuta all'alternarsi della contrazione e del rilasciamento. Quando questo segno esiste, è di gran valore, poichè esso è più pronunziato nella gravidanza che non in qualunque altro ingrandimento dell'utero. Però nella gravidanza molare, l'utero può non esser mai molle o flaccido. Il rammollimento del collo è un segno molto importante, se esiste, ma nei primi mesi di gravidanza nelle multipare spesso manca.

Cura. — La parte più importante della cura profilattica consiste nel trattare convenientemente la paziente dopo il parto o dopo l'aborto, ponendo la massima cura nello evitare qualunque infiammazione settica o traumatica. Riposo quanto ne occorre e per lo più in posizione orizzontale, ma si eviti una permanenza troppo continuata nella posizione dorsale, massime su d'un letto soffice, poichè potrebbe produrre ristagno venoso e ritenzione degli scoli. Il fanciullo dev'essere allattato dalla madre almeno per quattro fino a sei settimane, anche se il latte della madre non bastasse. Sarebbe utile poi osservare in tutti casi la donna alla fine del puerperio, per vedere se abbia avuto luogo qualche spostamento, o se vi sia rimasta qualche lesione del collo. Quando lo scolo sanguigno o mucoso purulento continui troppo a lungo dopo il parto, l'esame della donna non può esser omesso. Dopo un aborto di pochi mesi, si prescriva il riposo più o meno completo, e l'astinenza

dal coito almeno per quattro settimane. Quando invece l'aborto si verifica tra il terzo ed il sesto mese, le cure debbono esser maggiori ed il riposo più prolungato che non dopo un parto a termine. È altresì di molta importanza, nella cura immediata d'una donna che ha abortito, assicurarsi del vuotamento completo dell'utero. Dopo l'aborto, ed anche nei casi in cui vien meno il latte dopo il parto, è utile far fare una cura d'ergotina per parecchie settimane, nello scopo di promuovere le contrazioni uterine.

Nei primi stadî dell'iperplasia si può fare la cura causale. Così nei casi di subinvoluzione, pochi mesi dopo il parto, si può ottenere gran vantaggio dal correggere uno spostamento, dal curare un'infiammazione cervicale—una delle cause che più comunemente ostacolano il processo normale d'involuzione — o infine dal curare co' mezzi opportuni un'iperemia. È altresì importante agire contro ogni indebolimento costituzionale o anemia, che spesso accompagna l'allattamento, e che può menomare l'attività assorbente. I medicinali più opportuni all'uopo sono il ferro, la chinina e la stricnina.

Nel caso d'ingrandimento dell'utero associato ad emorragia, pochi mesi dopo l'aborto, la scelta del trattamento dipende dal sapere se la subinvoluzione e l'emorragia sono o no in rapporto con un pezzo di placenta rimasto attaccato alla superficie interna dell'utero. È questo d'ordinario il caso, quando la emorragia è tanto profusa da produrre notevole anemia, e la probabilità aumenta se si trova che il collo rimane anormalmente aperto. In alcuni casi anche l'orifizio interno può rimanere aperto, tanto da far passare il dito e lasciargli toccare il corpo estraneo ch'è all'interno. Se il dito non può passare liberamente, si dilata prima l'orifizio con una o più tente. Il dito è il migliore strumento per vuotare l'utero. La necessità dell'anestesia dipende dall'ampiezza della vagina e dalla tolleranza dell'inferma. È necessario che la vescica sia completamente vuota, perchè il fondo sia più facilmente dominato dalla mano

situata esternamente. Stando l'inferma in posizione dorsale, il solo dito indice va introdotto nell'utero, mentre metà della mano con le altre dita flesse sulla palma si può introdurre, occorrendo, in vagina. L'altra mano si situa sull'addome col margine ulnare infossato al disopra del fondo, per portar questo più vicino al pube. L'utero allora può essere spinto in basso, in modo che, salvo il caso d'un allungamento eccessivo della cavità uterina, il dito può raggiungere il fondo, senza necessità d'introdurre tutta la mano nella vagina, e spesso senza bisogno d'introdurvi più d'un solo dito, specie se s'è eterizzata l'inferma. Se l'utero è retroverso, il dito introdotto nel collo può essere adoperato come un repositorio per portarlo in istato di lieve anteversione. È ben raro che oltre il dito occorra qualunque altro strumento, ma alcune volte può bisognare una pinzetta per togliere qualche pezzo di tessuto in parte o interamente staccato. Senz'anestesia, nei casi in cui i muscoli addominali son rigidi, si può incontrar difficoltà nel portar l'utero in anteversione, e allora si può trar profitto dalla pinzetta a tenacolo mostrata nella fig. 4. Le branche della pinzetta si fissano al labbro anteriore, l'utero è tirato abbastanza in giù da permettere che il dito possa penetrar bene nel canale cervicale, e affidando i manichi della pinzetta ad un assistente si situa l'altra mano sull'addome per dominare il fondo. Se però dall'interno dell'utero vengon fuori secrezioni, è prudente evitare la punzione del collo con la pinzetta. Dopo l'operazione si prescriva il riposo assoluto, e per qualche tempo s'amministrino larghe dosi d'ergotina. Se gli scoli uterini hanno caratteri sospetti, e se insorgono sintomi febbrili, oltre alle iniezioni antisettiche nella vagina, si facciano nell'interno dello stesso utero delle siringhe d'una debole soluzione d'acido fenico o di tintura d'iodo.

Quando il collo è chiuso, e l'emorragia non profusa, è probabile che si tratti di semplice subinvoluzione. Allora è bene incominciar la cura col ri-

poso, con l'ergotina e con gli altri astringenti. E non riuscendo a vincere con questi mezzi l'emorragia, si dilati il collo per esplorare la cavità uterina.

In caso di persistente emorragia dopo un parto a termine, la cura è regolata dagli stessi principî. La ritenzione di un pezzo di placenta, di grumi, di pezzi di membrana non deve ritenersi improbabile, anche essendo certi che la placenta e le membrane sian venute via intatte.

Nei primi stadî dell'iperplasia, dipendente in parte o in tutto da infiammazione, possono tentarsi i rimedî assorbenti nel modo che diremo parlando dell'endometrite e metrite croniche. L'ultimo stadio dell'inspessimento fibroso è poco suscettibile di cura, e poco o nulla influenzato dagli assorbenti, come mercurio o ioduro di potassio. Giova però curare l'iperemia o lo spostamento concomitante, tuttochè sempre rimanga la tendenza alle ricadute. Solo in casi eccezionali, e dopo sperimentati su larga scala tutti questi rimedî, si è autorizzati alle cure chirurgiche che andiamo a menzionare. Il mezzo più efficace per diminuire il volume dell'utero è la sua involuzione dopo il parto, durante la quale possono talvolta sparire anche dei fibroidi. Bisogna quindi impiegare tutti i mezzi (curando qualunque altra condizione morbosa possa scoprirsi, massime l'endometrite) per rimuovere la sterilità, che ordinariamente non lascia d'accompagnare gli ultimi stadî dell'iperplasia.

Un processo in certa guisa analogo all'involuzione può esser prodotto dai rimedì locali più efficaci, che talvolta si adoperano contro l'endometrite, come acido fenico o acido nitrico concentrati, che s'iniettere-bbero nella cavità uterina. L'influenza benefica, che queste iniezioni possono occasionalmente esercitare sul volume dell'utero, può in parte spiegarsi così, che determinandosi un'iperemia infiammatoria transitoria, al cessare di questa l'assorbimento diventa più attivo. Un simile risultato può aversi da applicazioni locali al collo, e così l'iperplasia associata

ad erosione è qualche volta più curabile di quando non esista erosione di sorta. Nel quale ultimo caso si può con vantaggio formare artificialmente un'escara sul collo, ma il corpo dell'utero anche partecipa all'alterazione nutritiva che ne consegue.

Per l'applicazione del calore il mezzo più conveniente è il cauterio di Paquelin, ma può anche adoperarsi la galvano-caustica, o il ferro rovente della grossezza d'un piccolo bottone. Per questa operazione il migliore speculum da usare è quello di legno o di corno, ma può anche servire un largo speculum metallico, purchè si abbia la precauzione di non farlo soverchiamente riscaldare. L'applicazione bisogna farla alla superficie interna del collo per evitare la retrazione consecutiva del canale cervicale. Il caustico potenziale offre il vantaggio di non rendere necessario un assistente, e nel massimo numero dei casi il migliore è la potassa fusa con calce. È meno superficiale dell'acido nitrico o cromico, mentre la sua azione è più facilmente limitabile di quel che non sia della potassa fusa semplice o del cloruro di zinco. Il collo dev'esser portato quanto è possibile nell'area dello speculum, e ben prosciugato. Un piumacciuolo di cotone bagnato nell'aceto e poi spremuto ben bene s'introduce sotto il collo, e quindi col pastello di potassa e calce (1), sostenuto da un lungo porta caustico, si caustica per non più d'un minuto ogni volta uno o tutte e due le labbra del collo per un'estensione d'un pezzo da due centesimi. Dopo di che si applica un tampone bagnato in aceto.

La sola potassa fusa distrugge più profondamente il tessuto e bisogna esser molto cauti nell'adoperarla per evitare una possibile e grave infiammazione, oltre di che non è impossibile che scorra sulle pareti della vagina. Talune volte si usa il pastello di cloruro di zinco, caustico potente e dolo-

(1) Il pastello di potassa e calce si confeziona fondendo insieme potassa caustica e calce viva a parti uguali.

roso, per usare il quale bisogna proteggere la vagina con una soluzione alcalina. Il D.r Tilt raccomanda che qualche giorno prima d'usare la potassa fusa con la calce o il cloruro di zinco, la superficie da causticare sia ripetutamente toccata col pastello di nitrato d'argento per rammollirne l'epitelio. Nel caso che la prima causticazione abbia azione solamente artificiale, se ne richiede una seconda, e questo è specialmente il caso di un induramento localizzato d'un labbro del collo. Quando, del pari che tutto il resto dell'utero, è affetta da iperplasia la porzione vaginale del collo, la quale é perciò cresciuta in lunghezza e larghezza, in casi estremi, il trattamento più efficace è l'amputazione di una porzione, sia col metodo plastico di Marion Sims (v. pp. 154, 155) ch'è il migliore, sia collo schiacciatoio galvanico, con che non solo si asporta il tessuto superficiale, ma si comunica a tutto l'organo l'influenza del cauterio. In mancanza di galvano-cauterio, il collo può esser tagliato colle forbici, avendo pronto un caustico attuale per l'emostasia. Dopo l'amputazione del tessuto o l'uso del cauterio o del caustico, l'inferma deve rimanere a letto almeno una settimana, e debbonsi tenere applicati contro il collo de'tamponi bagnati nella glicerina. Per tal modo si provoca la fuoruscita de' liquidi, e si aumenta l'influenza dell'infiammazione locale e del processo reattivo sulla nutrizione di tutto l'organo.

Un altro modo di provocare un'alterata nutrizione in casi d'induramento cronico, specie se del collo, consiste nell'introdurre successivamente una serie di tente di spugna ad intervalli di qualche giorno. Esse producono il rammollimento del tessuto, e danno luogo ad uno scolo acquoso abbondante.

Cura dell' Iperplasia della porzione vaginale del Collo. — A differenza di quello della porzione sopravaginale, l'allungamento della porzione vaginale del collo è un'affezione per lo più primaria, causa, piuttosto che effetto di prolasso, quindi la sola cura plausibile consiste nell'asportare la porzione esube-

rante. La sola difficoltà nell' operazione può provenire dall'emorragia, che può esser considerevole, specialmente quando il tessuto è molle, mentre le arterie non sono facilmente accessibili alla legatura o alla torsione. Il modo più facile e insieme più sollecito d' amputazione è d'usare la galvano-caustica. Per cansare il pericolo di aprire la vescica o la cavità peritoneale, s'introduca la sonda in vescica per accertare fin dove si estende, e prima d'adattare il filo dello schiacciatoio, si riconduca a posto l'utero, se è spostato. Si porta allora l'asta dello schiacciatoio in sopra dirimpetto al collo, e si adatta lo strumento senza bisogno di speculum per mezzo del dito introdotto nel cul di sacco posteriore. Il filo va stretto lentamente per assicurare l' emostasia. Dopo l' amputazione s'introduca la sonda nel canale cervicale per assicurarsi che i suoi bordi non sono aderenti l' uno all' altro, e per qualche tempo dopo l' operazione vi s'introduca di quando in quando una grossa bugia per controbilanciare la contrazione graduale, che può tener dietro alla cauterizzazione.

In mancanza del galvano-cauterio, può adoperarsi lo schiacciatoio ordinario (fig. 68), ma v'è maggiore il rischio di lacerare la vescica o il peritoneo, per l'estrema tensione ch'esiste quando i tessuti son resistenti. È un buon metodo quello di fare un' incisione attraverso la mucosa attorno al collo, proprio dove ha da esser messo il filo dello schiacciatoio. Si adoperi un semplice filo d'acciaio a base piuttosto grossa, come si usa per estirpare i fibroidi.

L' amputazione del collo può farsi anche col bisturi o colle forbici, e l' emostasia col caustico attuale, oppure col metodo del Dott. Marion Sims, unendo cioè con suture la mucosa sul moncone, e facendo l' emostasia con la pressione. Con ciò si ha il vantaggio che la ferita può guarire di prima intenzione, e si risparmiano all' inferma le noie della protratta suppurazione e cicatrizzazione del moncone. Il collo quindi che rimane si approssima di più al normale, e si evita così la contrazione graduale del

canale cervicale. Coll' aiuto dello speculum di Sims l'operazione può esser fatta senza spostare l' utero, ma è abbastanza fastidiosa. Quando il collo può esser tirato in giù senza molta forza, come accade d'ordinario in simili casi, l'operazione riesce molto più agevole. Io per lo più l' ho eseguita in questo modo: — tirato il collo al difuori della vulva con una pinzetta a tenacolo, e constatato con la sonda il punto più basso della vescica, s' introduce attraverso il collo davanti indietro un grosso spillo da labbro leporino a circa un quarto di pollice al disotto del suddetto punto della vescica, e poi se ne introduce un altro simile ad angoli retti col primo. Si gira immediatamente al disopra degli spilli un pezzo di tubo di caoutchouc, legandolo molto stretto per impedire l'emorragia, e colle forbici poi si taglia la porzione al disopra degli spilli. Le incisioni possono farsi in modo che la mucosa rimanga più lunga anteriormente e posteriormente, ma non è necessario dissecarne dei lembi, poichè si può aver abbastanza mucosa per covrire il moncone stirandola in basso. Le forbici son preferibili al bisturi, perchè cagionano minor emorragia. Le suture con filo di argento van fatte come si vedono nella fig. 51: due per ciascun lato del canale cervicale per unire la mucosa avanti ed indietro, e da una a tre suture intermedie per unire la mucosa esterna a quella del canale cervicale. Queste debbono essere abbastanza profonde da comprendere qualche poco di tessuto oltre la mucosa. Allora si scioglie il costrittore elastico per fare che la mucosa si unisca, e si stringono le suture. Se l'emorragia continua, o i lembi non sono abbastanza ravvicinati sul moncone, allora è il caso di fare una o più suture addizionali nei punti intermedi a quelle più superficiali in ambo i lati, e più profonde in modo da attraversare tutta la spessezza del collo.

Di tutti questi metodi operativi l'uso della galvanocaustica è il più facile, e si può adottare, se il collo non può esser tirato in giù. L' operazione plastica

secondo il metodo di Marion Sims serviva soltanto ad unire la mucosa avanti ed indietro, senza suture nel canale cervicale, ma il metodo descritto più sopra offre il vantaggio di mantenere il medesimo canale completamente aperto.

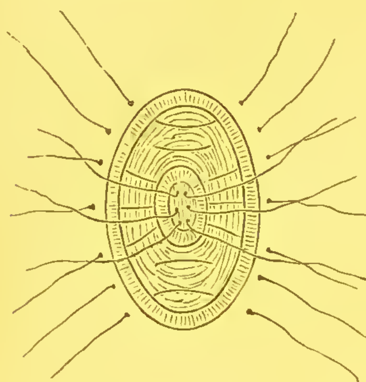


Fig. 51.—Modo di far le suture dopo l'amputazione della porzione vaginale del collo—(Secondo Schroeder).

Se l'iperplasia del collo va unita ad eversione delle sue labbra, a causa di lacerazione durante il travaglio del parto, e non è di grado molto avanzato, invece di amputare qualunque porzione, il migliore modo di trattarla è con la trachelorrafia, dopo la quale operazione d'ordinario l'iperplasia va gradatamente scemando.

Superinvoluzione ed atrofia dell'utero.

Il processo d'involuzione può essere esagerato, benchè questo sia assai più raro del caso opposto, e si ricordano casi nei quali l'utero è stato ridotto dopo il parto a tali proporzioni da non poter essere rintracciato. Una simile atrofia può verificarsi dopo un parto normale in donne malnutrite, che hanno tendenza alla consunzione, oppure può dipendere da un'affezione puerperale generale o locale. Nelle donne malnutrite l'atrofia dell'utero può anche manifestarsi a gradi, indipendentemente dal parto, e può avere per conseguenza una menopausa prematura. Questo è assai più comune nelle donne, nelle quali l'attività delle ovaie è stata minore del normale. L'atrofia senile è fisiologica dopo la menopausa, ma il processo atrofico d'ordinario non progredisce molto fino a dopo i 60 anni. Allora la porzione vaginale e l'ori-

fizio divengono notevolmente piccoli, e spesso avviene la stenosi o anche l'occlusione del canale cervicale. La vagina partecipa all'atrofia e diventa imbutiforme, mentre i genitali esterni alla lor volta sono tutt'altro che normali.

Sintomi ed esiti. — I sintomi dell' atrofia prematura dell'utero sono la scarsa mestruazione, o l'amenorrea e la sterilità.

Cura. — In gran numero di casi è preferibile non intervenire, a meno che non esistano sintomi d'affezioni ovariche. Nel rimanente, se il periodo naturale della menopausa non è prossimo, e l'atrofia non è molto avanzata, si può tentare qualche stimolante locale, di cui diremo nel parlare dell'amenorrea. A questo si aggiunga la cura generale e le precauzioni igieniche che abbiamo raccomandato nel caso d'incompleto sviluppo primitivo (p. 45).

CAPITOLO VI.

IPEREMIA ED INFIAMMAZIONE DELL'UTERO.

IPEREMIA ATTIVA DELL'UTERO.

Siccome il tessuto uterino è più d'ogni altro atto a rispondere agli stimoli con l'alterata nutrizione, così di tutti gli organi l'utero è il più soggetto ad un'iperemia attiva fisiologica, che molto presto diventa patologicamente eccessiva. Si ha iperemia ad ogni ciclo mestruale, sia durante il periodo, sia nello stadio d'accrescimento e di tumescenza della mucosa uterina che immediatamente lo precede. Il tessuto dell'utero e quello ad esso circostante sono in certo modo di natura erettile, quindi un'iperemia transitoria più intensa ha luogo per la dilatazione delle arterie sotto l'influenza del coito e degli eccitamenti sessuali.

Queste forme d'iperemia transitoria sono state dette afflussi, e mentre allo stato sano esse sono innocue, in condizioni morbose posson divenire serie sorgenti di disturbi.

La stessa suscettibilità del sistema vascolare uterino agli stimoli dà origine ad un'iperemia attiva più cronica, come conseguenza di qualunque irritazione riflessa. La quale irritazione può provenire da qualunque stato morboso o attività anormale delle ovaie, da infiammazione o altra lesione del collo, oppure da sedi più lontane, come da infiammazione della vagina o della vulva, o anche da prurito della vulva. Un risultato analogo può aversi da peculiari condizioni sociali od individuali, che provocano una sensualità esagerata o prematura. Dippiù, un fibroide o una escrescenza cancerigna in un punto dell'utero

produce iperemia con ingrandimento totale dell'organo, il che può anche avvenire per una vicina infiammazione del tessuto cellulare o per vicina peritonite. L'eccesso persistente di pressione vascolare produce tumefazione del tessuto per effusione di siero, ed eventualmente anche ipertrofia. Nelle donne molto sensibili la pressione della tumefazione sui nervi può esser dolorosa, come può esserlo del pari la mestruazione. Sicchè possono esistere parecchie delle condizioni che d'ordinario accompagnano l'infiammazione, mentre non può provarsi che vera infiammazione vi sia.

Il fatto dell'iperemia prodotta unicamente da influenza nervosa riflessa non prova, ch'essa non sia associata ad uno stato, che partecipa della natura dell'infiammazione. Questo vien dimostrato dal fatto dell'infiammazione, che può determinarsi nel campo di distribuzione d'un nervo in seguito ad un trauma o ad un'altra affezione morbosa del tronco corrispondente, non che dall'altro più ovvio fenomeno del catarro od altra forma d'infiammazione, che segue al raffreddamento. Nel caso speciale dell'utero vien dimostrato da un fatto occasionale. V'ha delle donne tanto suscettibili, che il semplice uso della sonda fatto colla massima accuratezza ed abilità è capace di produrre un'infiammazione non solo uterina ma anche periuterina. E siccome in questo caso non si può parlare d'assorbimento di sostanze settiche nè di lesioni riportate dalla mucosa, è chiaro che si tratta non solamente d'iperemia, ma anche di vera infiammazione dipendente dall'impressione meccanica fatta sui nervi. In casi somiglianti è quasi indubitato che una qualche azione riflessa viene a trasmettersi ai nervi vasomotori ed anche a quelli trofici. È uopo quindi ammettere che da uno stimolo nervoso riflesso può originarsi una serie di fatti, dalla semplice dilatazione arteriosa fino alla vera infiammazione.

L'utero ha poi un'altra peculiarità anatomica, che mette l'iperemia cronica del suo tessuto, quando è

conseguenza riflessa d' un' endometrite, in intima connessione con l'infiammazione cronica del parenchima. La più gran parte delle membrane mucose son separate dai tessuti sottostanti per mezzo d'un lasco tessuto areolare. Si può avere quindi in tutti questi casi un'infiammazione catarrale della mucosa, senza che se ne risentano le pareti muscolari sottostanti, come avviene per esempio nella mucosa intestinale o in quella delle vie respiratorie. Ora la mucosa uterina ha il carattere d' essere abbastanza spessa, formata com'è d'elementi cellulari rotondi o leggermente allungati fittamente addossati gli uni agli altri, ed in intimo rapporto con la parete muscolare, non esistendovi traccia di tessuto areolare intermedio. Le glandole sono più o meno profondamente allogate nella tunica muscolare, ed è molto probabile quel che sostiene il Dott. John Williams, che, cioè, una gran parte della spessezza della parete uterina è dovuta allo sviluppo della muscolare propria della mucosa, tuttochè nell' organismo umano non esista alcuna linea di demarcazione. Possiamo quindi conchiudere dal punto di vista anatomico, che esistendo un' endometrite, è ben difficile che l'infiammazione rimanga limitata alla mucosa, e non interessi invece più o meno profondamente anche le pareti uterine. Avviene qui come nella lingua o in altra superficie sensitiva, quando un punto n'è dolente ed infiammato: si ha rossore, tumefazione, pulsazione, ipersensibilità e dolore per un gran tratto circostante. L'iperemia può tenere principalmente ad un'irritazione nervosa riflessa, ma v'è una zona di infiammazione di minor conto intorno al punto infiammato, prodotta da continuità di tessuti, lungo la quale si osserva la gradazione dall' iperemia alla infiammazione.

Il rapporto tra l' ingorgo e l' infiammazione dell' utero ha più d' ogni altro dato occasione alle divergenze d' opinioni in ginecologia. Distinti autori hanno interamente scartata la metrite cronica dalla loro nosologia, mentre altri, ed in maggior numero,

l'hanno accuratamente studiata, riguardandola una delle più comuni malattie delle donne. Per buona ventura la divergenza non riguarda tanto la vera natura o la cura dell'affezione, quanto la questione di definire entro quali limiti possa competerle il nome d'infiammazione. L'argomento più forte, per sostenere che in moltissimi casi d'iperplasia del corpo o del collo dell' utero, l' infiammazione cronica del parenchima non manca d'avervi la sua parte, pare riposto nel fatto universalmente riconosciuto, che negli ultimi stadî si verifica quasi invariabilmente un accrescimento di tessuto areolare a spese di quello muscolare, ed eventualmente anche un inspessimento fibroso. In gran numero di casi possiamo sorprendere in qualche periodo gli antichi caratteri dell' infiammazione, cioè: dolore, rossore, tumefazione e, se non addirittura il calore, almeno un' iperemia arteriosa, che sulla superficie del corpo determina un calore locale. A tutto questo s'aggiunga una proliferazione cellulare, che non mena, come nell' infiammazione acuta, alla formazione di prodotti instabili, bensì a prodotti di grado inferiore al normale. Questo si verifica anche quando manchi alcuna causa d'iperemia passiva o alcuna tendenza costituzionale a degenerazione o a sclerosi degli organi; mentre è da aspettarsi che trattandosi unicamente d' iperemia attiva, il risultato non potrebbe esserne che vera ipertrofia, come accade in seguito allo stimolo della gravidanza. Una tale produzione di tessuto fibroso è caratteristica dell' infiammazione cronica negli altri organi, come polmoni, fegato o reni, quantunque anche in questi la distinzione fra le alterazioni infiammatorie e le degenerative abbia dato largo campo alla divergenza d'opinioni.

Cura. — Il primo sforzo dev'esser diretto a curare l' infiammazione rivelata dall' iperemia attiva, o la causa che per azione riflessa le ha dato origine. Di queste cause le più comuni sono l' irritazione delle ovaie e le erosioni, le fessure o altre lesioni del collo. Tra' rimedî interni che influiscono diretta-

mente sull' iperemia il più efficace é l' ergotina, la quale agisce in certo modo contraendo le arterie, e influisce poi massimamente sulle pareti muscolari dell'utero. Nell'iperemia cronica, specialmente se associata a menorragia o metrorragia, si può amministrare grm. 1,25 di estratto liquido d' ergotina o del liquore di Richardson tre volte al giorno. La digitale e la stricnina pare che abbiano, sebbene in minor grado, la stessa azione, e spesso è utile amministrarle insieme all'ergotina. La stricnina è poi specialmente da apprezzarsi pei suoi effetti tonici.

Il bromuro di potassio, mentre agisce come un sedativo nervoso e vascolare, ha poi una speciale influenza sugli organi pelvici, dipendente, almeno in parte, dalla sua azione sugli organi sessuali, per il che esso merita più che ogni altro medicinale una gran fiducia. Si può amministrarlo in dosi di 90 cg. ad 1,05, unito o no all'ergotina, e per cure più lunghe in dosi minori. La sua supposta azione deprimente sul sistema nervoso non dev' essere temuta, specie se contemporaneamente si fa uso di tonici, ma in donne molto sensibili può produrre l' *acne bromico*. Ad evitare un tale inconveniente lo si sospende per una settimana ogni tre, e se ciò non basta, lo si può amministrare insieme a qualche goccia di liquore arsenicale. I bromici tendono a diminuire la quantità del flusso mestruo e renderne più lunghi gl' intervalli, quindi non sono molto indicati ne' casi d' iperemia dipendente da soppressione delle regole, o associata a scarsa mestruazione. Anche in quest'ultimo caso, essi possono giovare unendoli al ferro. Il bromuro d' ammonio e l' acido bromidrico pare che abbiano l'istessa azione, tuttochè Binz abbia asseverato che la virtù dell'azione risiede nel potassio, non nel bromo, e che perciò il clorato di potassa sarebbe ugualmente efficace. Il ioduro di potassio torna specialmente utile nell' iperemia dipendente da ingrandimento o irritazione delle ovaie, e in casi simili val meglio unirlo al bromuro. Massime nello stadio cronico possono giovare la chinina e gli acidi mine-

rali. Dosi generose di chinina offrono il vantaggio di promuovere direttamente la contrazione dell'utero. In tutt'i casi, finalmente, d'iperemia la dieta non sia stimolante, e gli alcoolici sieno o proibiti o parcamente concessi.

Deplezione locale.—La deplezione locale è spesso di gran sollievo, sia nell'iperemia attiva che nella passiva, e anche quando esistono entrambe, massime se l'iperemia è sintoma d'infiammazione, o la parte è molto dolente.

Il salasso può farsi o con la puntura, o con scarificazione, o anche per mezzo di sanguisughe. La puntura è la più conveniente, ed è preferibile farla nei primi tempi dell'iperemia o metrite, quando l'utero è ancora molle. Ha il vantaggio sul sanguisugio di non cagionare un nuovo afflusso alla parte affetta. La puntura va fatta attraverso uno speculum cilindrico o con un bisturi puntuto, o con uno scarificatore, oppure con un ago triangolare sostenuto da una pinzetta. Ad impedire che grumi occludano le bocche de' vasi si passa sul collo una spugna ch'è stata nell'acqua calda e ben premuta. La quantità di sangue da sottrarre non sia più d'una o due once, ripetendo, se occorre, la puntura, finchè non si raggiunga questa quantità. Il D.r Thomas raccomanda, nel caso che dopo una o due punture non venga fuori sufficiente quantità di sangue, si applichino al collo, prima di far la puntura, delle coppe a secco.

I casi ne'quali il sanguisugio è più indicato, son quelli in cui non si riesce a sottrarre sangue sufficiente con la puntura, come d'ordinario accade negli ultimi stadii dell'iperplasia del collo, oppure quando la mestruazione è soppressa o scarsa, in modo che torni vantaggioso provocare un afflusso temporaneo all'utero. Allora si porta il collo nel campo d'uno speculum cilindrico abbastanza grosso, e si ottura l'orifizio con un piumacciuolo di cotone, a cui è attaccato un filo per poterlo ritirare. Precauzione questa che non deve trascurarsi, poichè

una sanguisuga potrebbe mordere nell'interno del canale, oppure scivolare nella cavità dell'utero, e produrre molto dolore, benchè d'ordinario venga espulsa senza conseguenze spiacevoli. Si prosciuga ben bene il collo, e anzi lo si scarifica un poco per farne spicciare qualche goccia di sangue, e poi s' introducono nello speculum tre o quattro sanguisughe, chiudendo l' estremo inferiore dello speculum con cotone, e sorvegliando finchè le sanguisughe han finito di succhiare. Mezz'ora basta per far tutto. Si può anche applicare le mignatte ad una ad una per mezzo d'un lungo tubo di vetro oppure coll' aiuto di una pinzetta opportuna. Nel caso di eccessivo scolo sanguigno dopo tolte le sanguisughe, si applica del cotone bagnato nel percloruro di ferro, oppure si tocca ciascun punto sanguinante con la punta d'un ago riscaldata.

Specialmente quando si sono applicate le mignatte, l' inferma deve rimanere a letto per alcune ore. Spesso la puntura o il sanguisugio debbon ripetersi ad intervalli di 10 a 15 giorni, e, per evitare che la mestruazione possa esser alterata o impedita, non bisogna praticar mai la puntura o il sanguisugio entro i cinque o sei giorni, che precedono la ricorrenza mestruale. Ove mai però la mestruazione sia scarsa, ed al suo cessare aumentino i dolori congestivi, in casi simili un salasso è di molto sollievo.

Un mezzo molto conveniente di provocare un abbondante flusso di secrezione dal collo e dalla vagina, e vuotare così i loro vasi, è l'uso della glicerina, con che si può anche evitare la necessità di sottrarre sangue. Un grosso tampone bagnato nella glicerina s'applica sul collo dell'utero, dopo avervi legato un filo per poterlo ritirare, lasciandolo in sito per 12 o 24 ore. In caso d'erosione o d'endometrite si può sciogliere una sostanza astringente nella glicerina, ma la glicerina pura produce il flusso più abbondante. Si usa con profitto dopo la puntura o il sanguisugio. L'inferma d' ordinario può introdurre

il tampone da se stessa, coll'aiuto dello strumento di Barnes (fig. 52), e spesso anche senza di questo. In quest'ultimo caso, però[1], buona parte della glicerina può essere spremuta mentre il tampone passa per la vulva.

Iperemia passiva dell'utero.

L'iperemia passiva può essere per se stessa una causa di subinvoluzione e d'iperplasia, ma più spesso si accompagna ad iperemia attiva o ad infiammazione, e tende a renderne più gravi le conseguenze. Tutti gli spostamenti uterini di qualche importanza tendono più o meno ad impedire il deflusso venoso dall'organo, e quelli che più lo impediscono sono il prolasso di secondo e di terzo grado (v. p. 113) con strozzamento e la retroflessione acquisita, la quale fa comprimere le vene contro i legamenti utero-sacrali, come avviene per effetto dello stesso ripiegamento dell'utero. L'iperemia passiva può dipendere da cause generali di ostruzione venosa nel cuore, nei polmoni, nel fegato, oppure da qualunque compressione locale sulle vene per tumori ovarici, o altri tumori, per ascite, per accumulo di feci, ed è infine favorita dal difetto di esercizio o da stitichezza abituale. Qualunque causa fissi l'utero, in modo da impedirne i liberi movimenti, produce iperemia passiva, ed in molti casi anche ingrandimento dell'organo. Questi casi sono per lo più complicati dagli effetti dell'infiammazione, ma l'iperplasia può anche dipendere da aderenze per una peritonite che non ha avuto

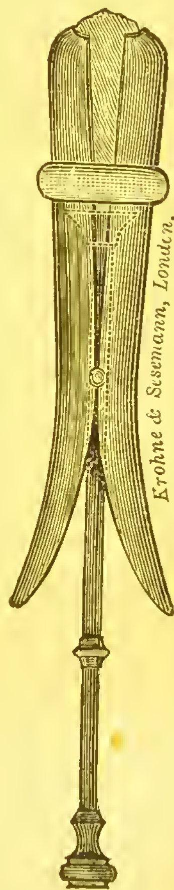


Fig. 52 — Strumento di Barnes per introdurre i tamponi.

origine nella pelvi. La posizione a cui si è costretti nelle condizioni sociali della vita può anche esser causa d'iperemia passiva: nelle classi lavoratrici, lo star troppo a lungo all'impiedi, con che va d'ordinario unito un certo grado di prolasso degli organi pelvici; nelle classi agiate l'abuso delle poltrone e de'sofà, non che de'letti troppo soffici. Nella giacitura dorsale su d'una sedia a bracciuoli il piano del distretto superiore invece di formare coll'orizzonte un angolo di 55° a 60°, diviene orizzontale; la pelvi quindi deve sopportare tutto il peso de' visceri addominali, e il suo deflusso venoso si compie in condizioni molto sfavorevoli, mentre la gravità agevola, e favorisce qualunque tendenza a retroversione o retroflessione. In pari tempo l'uso di cuscini molto soffici si oppone alla tendenza a cambiare spesso posizione, che si verifica in quelle persone che si servono di sedie più dure, e questo movimento, che sembra di nessun interesse, coadiuva assai efficacemente la circolazione venosa. Infine, giacendo su di un letto di piume, la pelvi si sprofonda, e diviene la parte più bassa del corpo, mentre quando si giace su di un materasso piuttosto duro, la pelvi, per la maggior larghezza delle anche, sta ad un livello un po' più alto delle spalle.

La relazione tra l'iperemia passiva e l'infiammazione è, che da se stessa l'iperemia non produce l'infiammazione, benchè possa produrre ipertrofia ed anche degenerazione, ma rende il tessuto vulnerabile ad ogni lieve causa d'infiammazione, e rende questa, una volta che si è prodotta, più ostinata e più restia alle cure. L'ulcera delle gambe associata a vene varicose n'è un'esempio, e nel caso dell'utero lo stesso principio ha un campo assai più largo di prove.

Cura. — La prima indicazione è di rimuovere, se è possibile, ogni causa diretta d'ostruzione venosa, generale o locale, e curare specialmente la retroversione o il prolasso. È della massima importanza mantenere il ventre obbediente, cercando di procu-

rare all'inferma una seduta ogni giorno, e non mancando di ricordare che la negligenza di questa precauzione può esser più dannosa che non si creda» Tornano a questo proposito molto utili gli aperienti salini, come il solfato di magnesia ed il solfato di soda, e un modo molto conveniente di amministrarli è mercè la cosiddetta acqua amara di Hunyadi Janos, di Friedrichshall o di Pullna, da prendersi di buon mattino insieme ad una uguale quantità d' acqua calda. È altresì importante regolare la diuresi, in modo da vuotar la vescica un paio di volte al giorno, e diminuire così per quanto è possibile la compressione venosa durante le ore del sonno. All'uopo si dà una cartina di 3 grammi di solfato di magnesia tre volte al giorno. In tutti i casi d' iperemia passiva bisogna rivolgere la dovuta attenzione alla posizione dell'inferma, poichè nella posizione eretta la pressione del sangue nella pelvi non può a meno d'aumentare, e la quota d'aumento, paragonata con la pressione totale, è maggiore nelle vene che nelle arterie. Da evitarsi quindi lo star troppo a lungo all'impiedi o seduta, come pure l'abuso della posizione sdraiata su sedie molto soffici, e l'uso di materassi di piume. La posizione che dev'esser preferita è la laterale stando a letto.

L'iperemia passiva si giova di tutti gli eccitanti la circolazione, specie di quelli che stimolano direttamente il cuore. Di questi il più efficace è il semicupio freddo, preso nell'alzarsi da letto la mattina, e insieme al semicupio torna molto vantaggiosa la doccia vaginale fredda fatta con la siringa di Higginson. Bene inteso però che non debba esistere stato infiammatorio degli organi pelvici. Nell'inverno l'acqua si può riscaldare a 25°-28° C. Non tollerandosi il semicupio, nè la doccia, si può prescrivere i bagni alternativamente caldi e freddi fatti colla spugna. Se v' è alcun indebolimento dell'azione del cuore, a scemare la pressione venosa generale giova la digitale, come pure una dieta nutriente e la cura tonica. Le vene dell'utero si vuotano sotto l' influenza dell' er-

gotina e degli altri medicinali, che provocano la contrazione delle pareti uterine, benchè questi agiscano più specialmente sul campo arterioso — Dell' uso del salasso locale abbiamo già parlato.

Infiammazione dell' utero

L' infiammazione del parenchima uterino si addimanda *metrite*; l' infiammazione catarrale della mucosa che lo riveste, *endometrite*. Nelle forme più acute d' infiammazione prendon parte tutti i tessuti dell' organo, quindi tratteremo insieme la metrite e l' endometrite acute. Le forme croniche possono aver sede solo nel collo, nel collo e nel corpo — in questo caso l'affezione del corpo è la più importante — raramente solo nel corpo. Abbiamo detto già come anche nelle affezioni croniche l'infiammazione non è mai limitata alla sola mucosa, ma si diffonde più o meno al parenchima adiacente (v. p. 160). L'infiammazione della mucosa del collo o *endometrite cervicale* sarà quindi trattata insieme con l' infiammazione della sostanza del collo, e quella della mucosa del corpo, *endometrite*, insieme con la metrite.

Metrite ed endometrite acute.

Etiologia.—L'infiammazione acuta di tutto l'utero nella sua forma più intensa è molto rara, eccetto come risultato di assorbimento di sostanze settiche dopo il parto o l' aborto, o dopo operazioni sull' utero, l'evacuazione del flusso mestruo ritenuto, l' uso delle tente. La più intensa, dopo queste, è quella dipendente da causa traumatica, come un' iniezione intrauterina, un'asta intrauterina, la cauterizzazione del collo o della cavità dell'utero. In alcuni di questi casi l' assorbimento di sostanze settiche può avere anche la sua parte. L' endometrite acuta, a cui d' ordinario partecipa tutta la spessezza delle pareti uterine, ma in un grado meno estremo, non è

rado è prodotta dall'influenza del freddo, specialmente, durante un periodo mestruale, da diffusione di una gonorrea o altra infiammazione acuta, da abuso del coito. In ultimo può determinarsi nel corso di febbri specifiche.

Anatomia Patologica.—La metrite acuta è sempre complicata da endometrite, e nelle forme più gravi l'infiammazione si estende alla superficie peritoneale dell'utero, e talvolta, specie nella varietà settica, al tessuto cellulare vicino. L'utero diventa iperemico ed ingrandito per infiltramento sieroso, mentre nella forma più acuta d'infiammazione si hanno invece delle ecchimosi disseminate nella sua sostanza. Nella varietà settica si posson trovare piccole collezioni di pus tra le fibre muscolari, nelle vene o nei linfatici dell'utero, e più spesso anche nelle vene e nei linfatici del legamento largo vicino. Può prodursi eziandio una peritonite purulenta, e ne' casi dipendenti da assorbimento de'linfatici l'affezione del peritoneo spesso la vince su quella dello stesso utero.

Non mancano esempii, benchè rarissimi, di ascessi acuti di notevole volume nella parete uterina. Gli ascessi sono assai più frequenti nelle ovaie o nel tessuto cellulare del legamento largo. Inoltre l'affezione può terminare con piemia acuta o cronica. Nell' endometrite acuta la membrana mucosa è tumefatta, rammollita, iniettata; quella del corpo dell'utero secerne dapprima del siero, che in seguito diventa muco-pus, e spesso striato di sangue. La secrezione del collo, normalmente limpida e tenace, diventa più abbondante e torbida. L'infiammazione può estendersi alle trombe di Falloppio e attaccare il peritoneo, anche quando la sostanza dell' utero non prenda gran parte al processo.

Sintomi ed esiti.—Nel più de'casi di metrite settica o traumatica, mentre si trova l'utero tumefatto ed eccessivamente tenero, i sintomi dell' infiammazione periuterina, specie di quella del perineo, predominano su quelli della metrite propriamente detta. La forma settica del pari che la traumatica è

contrassegnata da brividi e aumento notevole di temperatura. Nella varietà settica la frequenza del polso aumenta più della temperatura, e a misura che il processo morboso progredisce il polso diventa piccolo e compressibile. Ne' casi gravi, in cui il peritoneo è estesamente infiammato, l'addome diventa timpanitico, e l'alito acquista l'odore dolciastro peculiare della setticoemia.

Nell' endometrite acuta con maggiore o minore partecipazione delle pareti uterine, ma senz'alcuna complicanza periuterina, i sintomi sono dolore, con una sensazione di peso e d'accaloramento nella pelvi, dolori anche al dorso, agl'inguini ed alle cosce. Ne' casi gravissimi, febbre alta. Il dolore aumenta coi movimenti o con qualunque sforzo muscolare; spesso vi è tenesmo vescicale, e l'urina è d'ordinario fortemente colorita. Il dolore può subire degli aumenti parosistici dipendenti dalle contrazioni dell'utero, e riconoscibili dal loro carattere d' intermittenza. Occasionalmente può esservi diarrea per un certo tempo, prodotta da irritazione riflessa, quantunque, ad eccezione di casi somiglianti, vi sia d'ordinario stitichezza. Quando l' endometrite o la metrite si manifestano durante la mestruazione, il loro effetto immediato è l' arresto del flusso. Identico è l' effetto della metrite settica sugli scoli lochiali, o su quelli che seguono all'aborto. Però nell'endometrite traumatica, massime se dipendente da applicazione di caustici nell'interno della cavità uterina, in un primo periodo si può avere uno scolo sanguigno abbastanza profuso. D'ordinario all'apparire dell'endometrite acuta lo scolo è scarso e sieroso, dopo pochi giorni diventa profuso e muco-purulento, di odore spiacevole e striato di sangue. Per lo più ha un effetto irritante sulla vagina e sulla vulva, e può produrre anche escoriazioni alle cosce.

La prognosi nella metrite settica è sempre infausta; i casi gravi dan rapidamente luogo a peritonite purulenta, e a dispetto di tutte le cure hanno un esito fatale. Le forme acute semplici di endometrite

posson passare allo stato cronico, e le ricadute sono specialmente facili ad avvenire nelle ricorrenze mestruali.

DIAGNOSI. — L'endometrite e la metrite non complicate da infiammazione periuterina si distinguono per la mobilità dell'utero e per la mancanza di qualunque inspessimento attorno ad esso. I disturbi costituzionali sono minori che non nella peritonite o nell'infiammazione del tessuto cellulare, ma maggiori che non nella semplice infiammazione vaginale. Coll' esplorazione si trova il collo tumefatto e sensibile, spesso le sue arterie pulsano fortemente, e l'orifizio è dilatato. L'esame bimanuale rileva il corpo dell'utero molto sensibile alla pressione, e l'ipersensibilità aumenta coi movimenti. È inoltre ingrandito, e se se ne conosceva il volume primitivo, il grado di tumefazione attuale indica fin dove il parenchima ha partecipato all'infiammazione. Adoperando lo speculum, si vede il collo arrossito ed edematoso, contenente filamenti di muco ed una scarsa quantità di liquido sieroso o muco-purulento. È precetto di non adoperare la sonda, poichè produce dolore e anche del sangue.

CURA. — La prima indicazione nella *metrite settica* è quella di liberarsi dalle cause eccitanti. Al primo apparire de'sintomi, si rimuova come si può meglio qualche pezzo di placenta ritenuta, qualche grumo di sangue, o pezzo di polipo o d'altro tumore. Quando l'infiammazione si è completamente manifestata, è difficile decidere se sia o no conveniente dilatare artificialmente il collo, ove l'orifizio non lasci passare il dito. Se però lo scolo è molto fetido, e vi è sospetto di qualche cosa nell'utero, è meglio correre il rischio d'intervenire. È preferibile introdurre, se si può, il dito, coll'aiuto dell'anestesia, oppure procedere ad una dilatazione rapida del canale cervicale con un dilatatore a due o tre branche, come quello di Marion Sims (fig. 15), evitando l'uso delle tente. Nel caso che si voglia usarle, bisogna aver cura di compiere la dilatazione in una

sola volta e non lasciarle in sito più del necessario.

Quando si è completamente vuotato l' utero, lo si lava di quando in quando con un liquido antisettico (acido fenico 1 in 40 o tintura d'iodo 8 in 100 d'acqua). Si preferiscano queste soluzioni a quella di permanganato di potassa, la quale ben presto perde la sua efficacia in contatto colle sostanze organiche. Il miglior apparecchio è un imbuto o qualunque altro irrigatore, che agisca per pressione idrostatica, attaccato per una sua parte flessibile ad un lungo tubo d'argento fornito d'un estremo arrotondito con aperture in tutti i lati. Una siringa semplice, capace di dieci o più once, è da preferirsi alla siringa di Higginson, poichè con questa è difficile evitare che col liquido entri anche l'aria. In mancanza d'un tubo di metallo, si può supplire con un grosso catetere di gomma elastica. Ad evitare che penetri dell' aria, si riempie prima completamente il tubo, e si comprime strettamente la porzione elastica, finchè l'estremo del tubo non vada fino al fondo.

Sono utili le dosi generose di chinina, e se la temperatura è molto elevata, è bene incominciare da 1 a 2 grammi e mezzo in tre dosi ed a brevi intervalli, finchè la temperatura non si abbassi. Se il vomito impedisce all'inferma di ritenere la chinina, si può amministrarla con una buona dose di sottonitrato di bismuto in una mistura mucilaginosa, oppure in dosi più piccole per iniezioni ipodermiche. Il *chinato di chinina* è il preparato che più si presta per le iniezioni. Per calmare il dolore, si adoperano sufficienti dosi di oppio o di morfina, coadiuvate da fomenti locali di trementina. Gli altri antisettici interni, come solfito o solfofenato di soda o acido salicilico non sono stati provati efficaci quanto la chinina. In casi però di grave stato adinamico, è stata talvolta impiegata, con successo maggiore che la chinina, la tintura di Warburg, contenente chinina con una gran varietà di altre sostanze, tra cui aromatici stimolanti. Se ne danno due dosi succes-

sive di mezz'oncia l'una, non diluite, con un intervallo di tre ore, durante il quale intervallo si dà un po' d'alcool oppure un po' di brodo. La trementina anche giova in casi somiglianti. Persistendo l'alta temperatura, si ricorre alla diretta applicazione del freddo con la vescica di ghiaccio. È della più alta importanza sostener le forze dell'inferma con latte, brodi, uova a brevi intervalli, e sostanze eccitanti in quantità. Se il cibo non è ritenuto per il vomito, si ricorra immediatamente a'clisteri nutrienti.

Nella semplice *endometrite acuta*, con maggiore o minore partecipazione del parenchima, ma senza infiammazione periuterina, si prescrive il riposo assoluto a letto. Se vi è febbre alta e dolore, si applichino vicino all' ano quattro a sei mignatte, meglio che applicarle direttamente sul collo dell' utero, il che sovente accresce il dolore, e disturba di più. In sul principio, per diminuire la febbre, si danno piccole dosi di tintura d' aconito ad intervalli d'un' ora. In seguito s' amministrino i sedativi co'salini, specie il nitro o l' acetato ammoniacale, e se il dolore è molto forte si dia l' oppio o per bocca, o pel retto o per iniezione sottocutanea. Cataplasmi di linseme all'ipogastrio. Un po' più tardi semicupii caldi, o iniezioni vaginali calde di decotto di papavero, o di linseme o di amido, con 12 a 15 gocce di laudano. Nello stadio acuto bisogna evitare i purganti, ed occorrendo vuotare il retto, si ricorre a' clisteri. Più in là sono utili i sali lassativi.

Infiammazione Cronica del Collo, Endometrite Cervicale Cronica, Ettropio, Erosione e Degenerazione Follicolare del Collo.

Etiologia. — Gran parte de' casi d' infiammazione del collo si può dividere in due classi; prima, quelli, in cui l' affezione primitiva è un' infiammazione catarrale della mucosa, ed in cui il parenchima del collo si tumefà solo moderatamente, ed eventualmente s' indurisce; seconda, quelli, ne' quali tutta la spes-

sezza del collo s' infiamma per lesioni patite durante il travaglio del parto, e talvolta subisce un processo d'iperplasia e d'indurimento, mentre l'endometrite cervicale persiste. Nella prima classe van compresi in gran parte i casi, che si verificano nelle vergini o nelle nullipare, nelle quali è raro che il collo subisca una notevole iperplasia, a meno che per allungamento o prolasso congenito esso non sia soggetto ad irritazione meccanica.

Le cause predisponenti della prima varietà d' endometrite sono analoghe a quelle dell' infiammazione catarrale delle altre membrane mucose, come indebolimento generale, scrofola, reumatismo, gotta. Delle cause determinanti poi le più frequenti sono il freddo, la diffusione d'un processo infiammatorio, semplice o gonorroico, dal corpo dell' utero o dalla vagina, spostamenti dell' utero, abuso del coito, cause traumatiche dirette, come le aste intrauterine.

La seconda varietà d' infiammazione ha origine dallo stato più o meno malconcio in cui rimane il collo dopo il travaglio, con numerose echimosi, l'epitelio maltrattato, che subito dopo si sfalda, e spesso lacerazioni più o meno profonde de' suoi bordi. L' insuccesso nella cura di queste lesioni, ed il loro passaggio allo stato d' infiammazione cronica posson dipendere dall' essere le lacerazioni troppo profonde per guarire spontaneamente, o può esserne causa il lasciar troppo presto il letto, o uno spostamento uterino, o infine una delle cause di subinvoluzione o d' iperemia di tutto l'organo, che abbiamo enumerate.

Le lesioni più importanti, che possono esser prodotte dal travaglio, sono le lacerazioni del margine del collo. Se sono superficiali, posson guarire più o meno completamente, e questo avviene più prontamente quando la lacerazione è anteriore o posteriore. Se però v'è una lacerazione profonda a ciascun lato, massime quando v' è la frequente complicanza della subinvoluzione e della parziale discesa consecutiva, le labbra anteriore e posteriore del collo si arrovesciano in fuori.

in modo da mettere allo scoperto la mucosa, ed ecco l' *ettropio del collo*. La mucosa, delicata com'è, messa così allo scoperto e rivolta verso la vagina, è esposta ad ogni sfregamento, e s' infiamma. Allora si tumefa, e diventa profondamente iniettata, con la superficie granulosa per proliferazione irregolare, in modo da rassomigliare alla superficie d' un' erosione o infiammazione granulare in un punto originariamente coperto da epitelio pavimentoso. Effetti analoghi a quelli prodotti dal travaglio posson seguire, incidendo profondamente il collo in ambo i lati, ma d' ordinario sono meno gravi, mancando l' ingrandimento dell' utero ed il pestamento del collo.

Una lacerazione unilaterale può produrre eversione della mucosa con infiammazione granulare. La lacerazione più profonda si verifica per lo più al lato sinistro, poichè l' occipite del feto prende quella direzione. Dalla lacerazione laterale, nel momento in cui si verifica, ne consegue un più facile assorbimento, che spesso dà luogo ad infiammazione del tessuto cellulare locale, che può produrre una zona d' inspessimento permanente.

Erosione o Infiammazione Granulare del Collo. — Può dipendere da semplice endometrite catarrale. L' infiammazione del canale cervicale si diffonde alla mucosa intorno all' orifizio. A causa dell' irritazione, l' epitelio pavimentoso prolifera, mentre è in pari tempo in certa guisa macerato dallo scolo cervicale morboso. Allora si sfalda in gran parte della sua spessezza, lasciando dietro di se una superficie congesta e lievemente granulosa. L' erosione però è meno frequente nelle nullipare, nelle quali sono eziandio assai rare le forme più gravi. Nella maggioranza dei casi l' erosione ha origine dal travaglio, incominciando, o dallo sfaldamento dell' epitelio dopo il parto, oppure dalla graduale disintegrazione d' esso per l' infiammazione consecutiva al parto.

Anatomia Patologica. — Nell' endometrite cervicale cronica la mucosa è tumefatta ed iperemica, e le glandole sono più specialmente ingrossate. La se-

crezione è aumentata in quantità, e diventa più opaca e filamentosa, spesso riempiendo il collo d'un turacciolo abbastanza tenace. In un periodo posteriore la mucosa s'ipertrofizza, riempiendo il canale cervicale, e protrudendo alquanto nell'orifizio, più può anche aver luogo una notevole proliferazione delle glandole di tutto il canale. In un primo periodo il collo è tutto tumefatto e molle, ma più tardi s'indurisce per iperplasia areolare. Questo cambiamento è maggiore ne' casi, in cui il morbo comincia con l'infiammazione di tutta la spessezza del collo dopo il parto, massime quando i bordi ne sono stati solcati da lacerazioni, nel quale caso può essere difficile distinguerlo dal carcinoma.

Quando la *semplice erosione* si determina per distacco *in massa* dell'epitelio, le piccole papille, che normalmente raggiungono quasi la superficie, son trasportate via, e la superficie rimane leggermente granulosa. Nelle forme più gravi dell'affezione, la cosiddetta *erosione villosa* o *papillare*, l'infiammazione procede più oltre, e la mucosa si solleva in tante papille intensamente rosse e molli, che facilmente sanguinano. Generalmente si ritiene che la superficie rimanga completamente denudata d'epitelio, e che *alcune papille* rimangano, le quali ingrossando costituiscono le prominenze villose. Secondo recenti ricerche di Ruge e di Veit (*) però, la superficie rimarrebbe sempre coverta da uno strato di epitelio cilindrico, proveniente dallo strato più profondo dell'epitelio pavimentoso originale; le papille sarebbero espulse coll'epitelio distaccato, mentre l'epitelio cilindrico neoformato crescendo internamente formerebbe delle cripte glandolari, e dall'accrescimento del connettivo vascolare fra queste cripte si formerebbero le prominenze villose. Nelle forme gravi le cripte glandolari aumentano, e proliferano. Secondo gli stessi autori, il vero periodo iniziale del cancro differisce da questa condizione pel solo fatto,

(*) « Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie », Bd. II Hft. 2.

che l'epitelio delle cavità glandolari avventizie prolifera, in modo da riempire in parte o in tutto gli acini.

Esaminando de' preparati, escisi durante la vita, io ho trovato che in alcuni casi i caratteri istologici corrispondono a quelli descritti da Ruge e da Veit, ma in altri v'è perdita completa dell'epitelio in certi punti, ed il tessuto vicino alla superficie è infiltrato di numerosi leucociti infiammatorii, e contiene molti capillari dilatati. Lo strato malpighiano dell'epitelio pavimentoso adiacente, a misura che s'avvicina alla superficie infiammata, diventa più sottile, non essendovi più lo strato corneo, ed è affatto sfornito di papille normali. Spesso sulla superficie apparentemente erosa, e che originariamente era coverta da epitelio pavimentoso, si vedono delle chiazze di epitelio cilindrico, alternantisi con chiazze di epitelio pavimentoso d'apparenza irregolare. Ne' casi, che prima si descrivevano come di semplice erosione villosa, se coll'aiuto di due uncini si tirano in basso le labbra del collo portandole nel campo d'uno speculum di Sims, si vede che i villi realmente appartengono al canale cervicale, e vengono formati per ipertrofia delle prominenze naturalmente coverte da epitelio cilindrico, e non delle papille normali. Ne' casi antichi di lacerazione, l'epitelio della mucosa cervicale messa a nudo può trasformarsi più o meno completamente in epitelio pavimentoso, al disotto del quale sovente si trovano molte delle cisti glandolari, che descriveremo più innanzi.

Le opinioni sono state discordi quanto alla convenienza o meno di chiamare ulcerazione la cosiddetta erosione. È chiaro che, quantunque nel periodo iniziale vi sia una perdita di sostanza, di papille vascolari o di epitelio, e che perciò, strettamente parlando, il processo entri nei limiti dell'ulcerazione, pure non vi è ulcerazione progressiva, trattandosi piuttosto d'un'infiammazione con degenerazione glandolare, e quindi la parola ulcerazione non servirebbe che ad allarmare senza bisogno le inferme.

In un'altra forma meno importante di erosione,

ch' è stata chiamata *erosione erpetica od aftosa*, l'infiammazione della mucosa dà luogo alla formazione di piccole vescichette, le quali scoppiano, e lasciano un' erosione al disotto. D' ordinario queste guariscono senza cura.

La *degenerazione cistica* può sorgere dalla chiusura delle glandole mucipare per tumefazione della mucosa e adesione de' bordi dell' orifizio glandolare. Le glandole allora si dilatano in tante piccole cisti conosciute col nome di *ovula Nabothi*. Nell' interno del canale cervicale, le cisti, gonfiandosi, sollevano la mucosa, e sovente assumono l' aspetto di piccoli polipi. Piccole cisti somiglianti si trovano di frequente nella superficie vaginale del collo, ma la mucosa li è più fitta, e le cisti quindi non la sollevano così facilmente. Si può vederle, o meglio toccarle come tante piccole protuberanze. Secondo Ruge e Veit esse non sono glandole già preesistenti, ma si formano sotto l' influenza dell' irritazione proveniente dallo *strato malpighiano* dell' epitelio pavimentoso. Se l' infiammazione in essi è intensa, i follicoli vengon distesi, e aprendosi dan luogo ad una *erosione follicolare*.

Sintomi ed Esiti. — Il collo, generalmente parlando, è fornito di scarsa sensibilità, come ci dimostra il fatto, che si può toccarne la superficie infiammata ed erosa con acido nitrico o con altri forti caustici senza molto fastidio per l'inferma. Il dolore quindi nell' infiammazione limitata solamente al collo è comparativamente leggiero, e può mancare addirittura. Il dolore più caratteristico dell' infiammazione cervicale ha sede sul sacro, e non è molto forte. Se poi l' infiammazione, più che limitarsi alla sola mucosa, invade tutto quanto il tessuto del collo, dando luogo ad iperplasia, il dolore al dorso ed a' lombi è più intenso, e i movimenti, del pari che il coito, non fanno che aumentarlo. Una secrezione morbosa è sintoma più costante del dolore, sicchè in molti casi la presenza di scoli leucorroici può essere la sola indicazione per investigare lo stato dell' utero.

Lo scolo però può esser denso, in modo da rimanere entro la vagina, e l'inferma non si accorge della leucorrea, che si rivela coll'uso dello speculum. Nella semplice infiammazione catarrale del collo lo scolo è limpido, come bianco d'uovo, più tenace del normale, e spesso forma come un turacciolo nell'interno del canale. Quando l'infiammazione è più grave, specie se associata ad erosioni villose, lo scolo è muco-purulento o purulento del tutto, e talvolta anche striato di sangue. Dalla irritazione dello scolo può derivare un'infiammazione della vagina.

Spesso la pressione esercitata dall'iperplasia del collo irrita la vescica ed il retto, massime se v'esista alcun'anteversione o retroversione.

L'innervazione del collo è più organica che sensitiva, e ciò spiega perchè l'infiammazione d'esso possa determinare un'iperemia riflessa nel corpo dell'utero e nelle ovaie. Quando questo succede, il dolore può essere più intenso, può esservi menorragia, o metrorragia, e sintomi riflessi più accentuati, come nausea, vomito, dispepsia, cefalalgia, nevralgia intercostale e manifestazioni isteriche. Questi sintomi riflessi, più che nell'infiammazione del collo, sono accentuati in quella del corpo dell'utero, e la loro esistenza implica che il corpo dell'utero o le ovaie, partecipano alla congestione, se non addirittura alla infiammazione. De' sintomi riflessi più lontani in dipendenza da fatti uterini ci occuperemo più completamente nel parlare dell'endometrite. In molti casi d'infiammazione cervicale v'è più o meno diffusione, non solo della congestione, ma anche dell'endometrite al corpo dell'utero. L'infiammazione limitata al collo dell'utero può durare a lungo senza influire di molto sulla salute generale, ma s'associa d'ordinario a dispepsia ed a mancanza generale di nutrizione, che in parte può esser causa ed in parte conseguenza dell'affezione uterina persistente.

Un'erosione, tuttocchè cominci quasi sempre in dipendenza da altre affezioni, come endometrite o infiammazione di tutta la sostanza del collo, pure

può essere essa medesima una sorgente d'irritazione riflessa, e sostenere un'iperemia del collo, del corpo dell'utero e delle ovaie, con ingrandimento e rammollimento quasi costante delle suddette parti. In tali circostanze, il sintoma più cospicuo suol'essere la menorragia, e la prima cosa a fare nella cura di questa è curare la malattia del collo. Nel caso d'erosione villosa, il coito produce per lo più una lieve emorragia, e questo può essere il solo sintoma che richiami l'attenzione della paziente. La sterilità è frequente nell'infiammazione cervicale, e dipende dal turacciolo di muco che preclude l'orifizio agli spermatozoi, oppure da influenza deleteria che su questi può avere la secrezione. Non sempre però questi ostacoli rendono impossibile il concepimento, e l'iperemia che risulta dalla gravidanza non fa che aggravare qualunque infiammazione o erosione esistente. Si può quindi avere emorragia durante la gravidanza, vomiti molto pericolosi, o altri sintomi riflessi, aborto, ecc.

Il decorso, sì dell'endometrite cervicale cronica, che dell'erosione è molto noioso, contrassegnato com'è da pochissima tendenza alla guarigione, quantunque molto possa sperarsi dalla cura generale. Sono affezioni accessibili a tutte le cure, ma lente nel migliorare, e non è raro che si debba aspettar la guarigione da quattro a sei mesi. Essendovi iperplasia glandolare, bisogna prendere le più energiche misure. L'iperplasia di lunga data del collo, con indurimento, è ben poco accessibile a'rimedii. La infiammazione granulare della mucosa del canale cervicale, messa allo scoperto in seguito a lacerazione del collo, è simile nelle conseguenze come nei suoi caratteri istologici a quella della porzione di mucosa originariamente coverta da epitelio pavimentoso. In seguito, qualche volta in capo ad anni, sostituito l'epitelio cilindrico da epitelio pavimentoso, la leucorrea e gli altri sintomi possono cessare, benchè possa rimanere permanente un certo grado d'iperplasia del collo arrovesciato in fuori. Poichè il can-

cro del collo è estremamente raro nelle vergini, sembra certo che l'erosione o altra infiammazione possa essere il punto di partenza d'una neoplasia cancerigna nelle persone che vi son predisposte, e questo modo di vedere è confermato dalle osservazioni di Ruge e Veit, i quali hanno trovato che i caratteri istologici dell'erosione villosa si approssimano a quelli d'un cancro iniziale. In uno o due casi io ho avuto l'opportunità di constatare il sopraggiungere d'un epitelioma all'infiammazione granulare cronica, e spesso, in un primissimo stadio dell'epitelioma, ho trovato la neoplasia aver sede precisamente nell'angolo d'una lacerazione del collo già preesistente. È quindi di alta importanza non trascurare la dovuta cura dell'infiammazione granulare nelle donne che han di già toccata l'età, in cui il cancro diventa probabile, età, che per quanto riguarda il collo dell'utero non deve calcolarsi molto al di là di trent'anni.

Diagnosi. — Nella semplice endometrite cervicale il riscontro vaginale può lasciar constatare un lieve ingrandimento, o anche nulla. Lo speculum permette di vedere l'orifizio congesto, da cui cola muco viscido piuttosto abbondante, oppure ch'è in certa guisa otturato da un turacciolo di muco più denso. Mancando nell'orifizio, può talvolta venir fatto di trovare il muco caratteristico simile a bianco d'uovo nella vagina. Riuscendo a rimuovere il turacciolo mucoso coll'aiuto d'uno specillo avvolto in cotone, si può vedere l'interno del collo rosso, tumefatto e granuloso, osservazione che lo speculum bivalve rende molto più facile. Appena secreto dal collo, il muco è limpido ed alcalino, ma si rende opaco venendo in contatto con la secrezione vaginale acida. Quando le due secrezioni si mischiano, d'ordinario prevale la reazione acida. Nella gran parte dei casi che si verificano dopo il parto, il dito può constatare un ingrossamento del collo per iperplasia. Nell'ettropio dipendente da lacerazione bilaterale l'esame è più facile col dito che non collo speculum, ma adoperando lo speculum di Sims, e tirando le labbra del-

l' orifizio cogli uncini, si vedrà agevolmente la relazione esatta delle parti tra loro. Il diametro antero-posteriore del collo, come si vede attraverso lo speculum, sembra aumentato (fig. 53). Tirando in



Fig. 53.—Lacerazione bilaterale ed Ettropio del Collo con Grave Infiammazione Granulare della Mucosa messa allo scoperto.

basso le labbra cogli uncini, la massima parte o tutta la superficie erosa, se v'è infiammazione granulare, può esser rivolta in dentro verso il canale cervicale; ma questa superficie generalmente sorpassa i limiti originariamente coverti da epitelio cilindrico, il quale normalmente diventa pavimentoso a circa un quarto di pollice al disopra dell' orifizio esterno.

La forma più grave d' erosione o infiammazione

granulare lascia toccare una superficie molle, villosa, vellutata.

La semplice erosione è più molle e più granulosa della mucosa normale, e quasi sempre va unita ad un certo ingrossamento del collo. Nel collo allo stato sano un esperto osservatore può constatare l'assenza dell'erosione, ma può esservi talora dell'incertezza nel distinguere col tatto una lieve erosione in atto da una già guarita, oppure un'irregolarità di superficie dipendente da iperplasia o da degenerazione delle glandole. Lo speculum risolverà il quesito, mostrando l'erosione come una superficie intensamente arrossita, granulosa o villosa, piuttosto sollevata al disopra della mucosa circostante (fig. 54). In ultimo nella forma estremamente grave di erosione, lo speculum fa facilmente sanguinare la parte. Quando però ad ogni lieve urto la parte sanguina assai più facilmente, è tempo allora di sospettare l'inizio d'un cancro. Sovente è difficile introdurre la sonda nel caso d'endometrite cervicale, poichè la punta ne è presa fra le pieghe della mucosa tumefatta o ipertrofizzata, e anche in casi simili si ha del sangue.

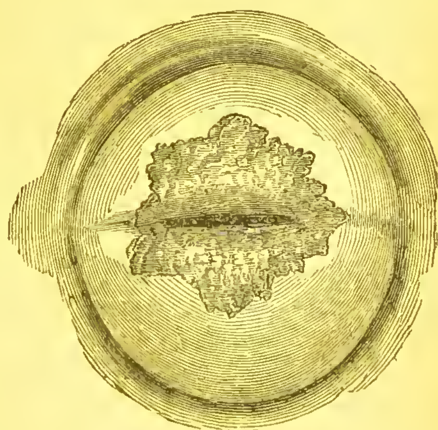


Fig. 54.—Erosione semplice o Infiammazione Granulare del Collo, con indicazione di lieve lacerazione. (Secondo Barnes).

Cura. — Di molta importanza i ricostituenti generali, benchè d'ordinario non possa farsi a meno della cura locale. Si prescriva una dieta nutriente, non troppo eccitante, con gran copia d'aria e moderato esercizio senza stancarsi.

Evitare quanto è possibile tutte le cause di depres-

sione mentale, e spesso è di grande utilità trasportar l' inferma in mezzo ad un altro ambiente. Evitare l' allattamento prolungato. Cura tonica con riguardo speciale alla digestione, il cui indebolimento è un ordinario concomitante. L' acido cloro-nitroso con della noce vomica o della stricnina ed un amaro vegetale, da prendersi subito dopo il pasto, è una utile prescrizione (1). Nel caso che vi sia molta irritabilità dello stomaco, si può dare il bismuto con o senza morfina, invece dell' amaro. Ripristinate le funzioni digestive, si può dare la chinina. Il ferro può non essere indicato, quando vi sia difetto d'attività nel fegato o congestione portale, oppure quando v' è complicanza di metrite o iperemia con notevole mollezza dell' utero. Non esistendo alcuna di queste condizioni, specie negli ultimi periodi, lo si può amministrare insieme con un lassativo. L' iperemia passiva va curata con le norme già assegnate, e qualunque importante spostamento corretto.

Essendovi dolore piuttosto vivo e rammollimento del collo, è bene cominciare con la deplezione locale (p. 163), e constatandosi degenerazione delle glandole cervicali, la deplezione può esser fatta mercè scarificazioni, con un bistori a lama stretta, della membrana che riveste il canale. Pungere e dopo causticare con acido fenico concentrato o col pastello di nitrato d' argento qualunque prominenza glandolare sulla superficie vaginale del collo, poichè la loro presenza è fomite d' irritazione. Proibire il coito, finchè esista qualunque grado di rammollimento, e permetterlo poi ben limitato in prosieguo.

De' rimedii locali, il più semplice sono le iniezioni vaginali, da farsi almeno due volte al giorno, per portar via col lavaggio le secrezioni.

A tal uopo l' acqua per le iniezioni sia tiepida.

(1) Acido cloronitroso diluito 0.40, tintura di noce vomica 0.40, tintura di genziana 1.40, acqua 25.00 — da prendersi tre volte al giorno.

Contro la congestione l' acqua dev' essere a 41° 42° e senza risparmio.

Le lozioni emollienti debbon essere calde. Desiderando effetti astringenti, la lozione può esser fredda in està, ed in inverno alla temperatura di 25° Le siringhe di stagno e quelle di vetro non contengono liquido sufficiente, e le ultime son pericolose per la possibilità di rompersi. Quella di Higginson fornita d' un tubo vaginale lungo circa un sei pollici, con una palla centrale per la compressione, ha il vantaggio di poter essere adoperata dalla stessa inferma. Per il lavaggio la posizione sia quella da *bidet*, ma dovendo usar l' acqua per applicazioni locali, oppure lozioni , la posizione è la dorsale , per evitare che il liquido ritorni immediatamente (1).

Nella posizione dorsale l'inferma non può maneggiare comodamente la siringa da se stessa. Emmet sostiene, che nel far uso dell'acqua calda il getto non continuo della siringa di Higginson è più efficace del getto continuo d'un irrigatore, perchè stimola i vasi e favorisce l'assorbimento. Quando però l' inferma deve fare le iniezioni da se, è preferibile un irrigatore. L'irrigatore a fontana (fig. 56) è portatile, e può esser comodamente adattato in una cassetta di stagno grande quanto una scatola da colletti. La borsa che deve contenere l'acqua o la lozione si appende ad un chiodo al livello di due o tre piedi al disopra della paziente. Un irrigatore meno costoso e più facilmente portatile è quello a sifone (fig. 57).

Per le lozioni in piccola quantità è meglio adoperare una siringa di gomma elastica (fig. 58), fornita d'un tubo vaginale e della capacità di quattro a sei once. Desiderando soltanto l'effetto della lozione, l'inferma può adoperare dapprima la siringa di Higginson da se medesima, impiegando acqua

(1) Qui l'autore commenda l'uso del cosiddetto « letto da bagno per Signore » del quale io ometto la descrizione e la figura. Pur troppo mancano tante cose fra noi, che anche il descriverle sarebbe un lusso poco serio.

SISCA.

calda, poi si mette sul letto e s'inietta una o due siringhe piene della lozione, restando cinque a dieci minuti nella stessa posizione, perchè la lozione abbia il suo effetto. Quando s'alza, il resto della lozione vien via. Se l'iniezione è fatta da una infermiera, questa prima di far alzare l'inferma deve deprimere con un dito il perineo e premere leggermente sull' ipogastrio con l' altra mano, per fare uscire il liquido residuale, e in ultimo mettere un panno sulla vulva per fargli assorbire qualunque altro residuo.

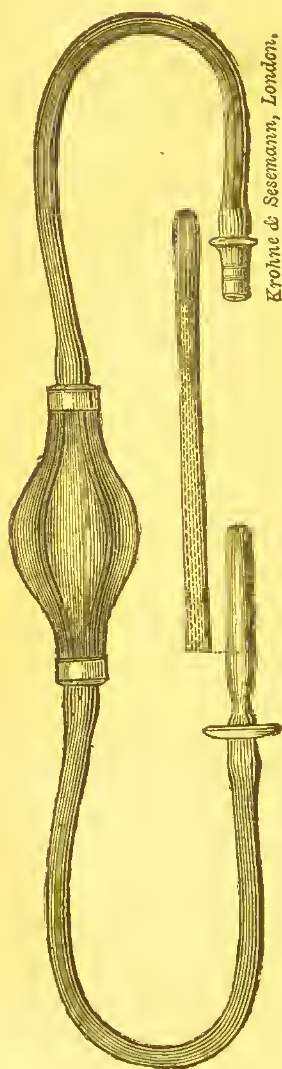


Fig. 55. — Siringa di Higginson.

Come emolliente si può far uso della glicerina, del borace, carbonato di potassa, carbonato di soda, cloruro d'ammonio o clorato di potassa insieme con l'acqua, un'oncia di glicerina e 2-3 gm. di ciascuno degli altri per ogni litro d' acqua. Volendo un' azione più decisamente sedativa, si può aggiungere da 3 ad 8 gm. di tintura d' oppio. Per un' azione più astringente si usa l'allume, il tannino o il solfato di zinco. Il sottoacetato di piombo è anche utile e meno irritante della gran parte degli astringenti, ma presenta l' inconveniente di annerire la biancheria formando un solfuro. Se lo scolo delle secrezioni è di carattere sospetto, oppure s'è dovuto a diffusione

di un processo gonorroico, si ricorra alle lozioni an-



Fig. 56.—Irrigatore a Fontana.

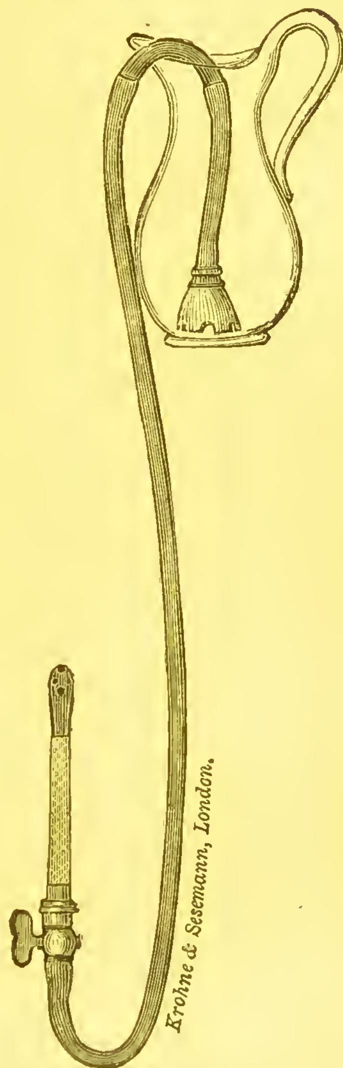


Fig. 57.—Irrigatore a Sifone.

tisettiche di acido fenico, cloruro di zinco e deutoclo-

ruro di mercurio. In casi rari un'iniezione vaginale è stata cagione di dolore molto intenso, d'infiammazione uterina e peritoneale, e perfino di morte, forse perchè la paziente ha introdotto il tubo nel collo più o meno dilatato d'un utero retroverso. Bisogna quindi raccomandare la massima cura in casi somiglianti, ed è bene che il tubo vaginale invece di un'apertura terminale ne abbia delle laterali. In altri casi il risultato disastroso è dipeso dall' aver la lozione provocata la contrazione dell' utero e delle trombe, quindi causata la penetrazione del liquido purulento nel cavo peritoneale. È prudente perciò, avendo da fare con inferme nevrotiche, cominciare con lozioni deboli, e renderle poi gradualmente più forti.

Gli astringenti possono sciogliersi nella glicerina I più opportuni sono il tannino, il borace e l'acetato di piombo, quest'ultimo specialmente nel caso di erosione, poichè l'astringente contrae i vasi, mentre la glicerina vuota la superficie congesta. Gli astringenti possono anche usarsi in forma di suppositorii, e i migliori son quelli che contengono 20 cg. di tannino o d' acetato di piombo. Come base de' suppositorii si adopera una parte di gelatina in polvere con due di glicerina, e questo val meglio del burro di cacao. La formola raccomandàta dal D.r Tilt è: una parte di parafina pura con quattro di vasellina.

Applicazioni locali al Collo.—Nella leucorrea cervicale delle vergini, prima di ricorrere allo speculum, bisogna sperimentare i rimedii già menzionati, e sono ovvie le ragioni che consigliano di non adoperarlo finchè può farsene a meno. Nelle donne maritate poi lo speculum va adoperato immediatamente per la diagnosi, e constatandosi grave erosione o degenerazione glandolare, si riconoscerà l' urgenza di far subito ricorso alle applicazioni locali. Lo scopo da proporsi è quello di curare l'affezione, senza lasciare cicatrice, se è possibile, quindi bisogna cominciare da' rimedii più miti. Il pastello di nitrato d'argento, che un tempo era il rimedio favorito in

tutti i casi, oggi è in generale meno preferito, poichè s'è visto ch'esso qualche volta può produrre forte irritazione ed emorragia, e ne'casi gravi esso non ha l'efficacia degli altri mezzi. È molto opportuno quando si tratta d'una semplice erosione, la cui superficie può esser leggermente causticata, più per fornirle un' escara protettrice, che per ottenere una causticazione profonda. Questo può praticarsi due o tre volte in una settimana, non mai troppo spesso. Il pastello inoltre può anche passarsi nel canale cervicale, quando esista infiammazione granulare del collo.

L' applicazione di liquidi sulla superficie vaginale del collo può benissimo farsi con uno spazzolino, e nel canale con lo specillo di Plaifair (fig. 58), alla punta del quale si avvolge ben bene del cotone, in modo che non se ne stacchi facilmente, e poi lo si bagna nel liquido per introdurlo nel canale. Gli specilli dall'estremità bulbosa e solcati a spira, come le viti, rendon molto noioso il toglierne via il cotone, a meno che non lo si bruci. La parte terminale dello specillo dovrebbe essere di alluminio, per resistere all'acido nitrico, e lunga tre pollici, in modo da poterla adoperare anche pel corpo dell'utero se occorre. In mancanza d'uno specillo d'alluminio, quando bisogna usare l'acido nitrico, si può adoperare una sonda di vulcanite. La sonda prima si bagna nell'acqua, e poi le si avvolge intorno il cotone. L'estremità bulbosa impedisce al cotone d'esser lasciato nell'utero. Lo speculum per l'applicazione sia quello di Sims, e la posizione dell'inferma la semipronazione. Non avendo però un assistente, si può profittare d'un

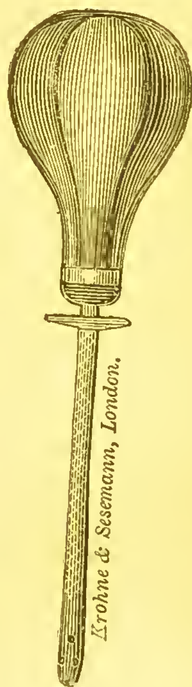


Fig. 58.—Siringa Vaginale per le Lozioni.

altro speculum, specialmente di quello corto di Ferguson (v. p. 19), o d'uno bivalve anche corto, o di quello di Neugebauer (Fig. 10), il quale può esser maneggiato in guisa da metter l' utero in lieve retroversione. Prima di farsi qualunque applicazione, si rimuova dal canale cervicale il muco tenace, che vi si può esser colletto, per mezzo di piumacciuoli di cotone, o meglio con piccoli pezzi di spugna, che non debbono essere adoperati più d'una volta.

Tra' rimedii più miti alcuni preferiscono una soluzione di nitrato d'argento (1-3 in 25), ma dev' esser usata frequentemente ad intervalli di cinque a sette giorni. Un mezzo mite ed opportuno contro l'erosione è il collodion stittico di Richardson, fatto precipuamente di tannino sciolto nel collodion. Per ogni oncia di questo il D.r Atthill raccomanda di aggiungere due grammi di acido fenico. Si può anche far uso del linimento iodo-iodurato o della tintura di iodo satura (1), che il D.r Churchill raccomanda d'applicare una volta la settimana in tutto il collo come un assorbente, in caso d'iperplasia, dopo ogni singola applicazione d'acido nitrico. Per una erosione che sanguina facilmente, si preferisca il percloruro di ferro.

Più utile di tutti gli altri mezzi, sia pel canale cervicale che per l' erosioni, è l' acido fenico concentrato, caustico di media forza, che reca poco dolore, ha nello stesso tempo un'azione anestetica sul tessuto, e non dà facilmente luogo a retrazione od occlusione dell'orifizio. Può esser adoperato liquido, aggiungendovi la 16ª parte d'acqua, oppure aggiungiungendovi la 16ª parte di glicerina insieme all'acqua. Per l'erosione si preferisce più forte. Si prenda cura di proteggere la vagina e la vulva. Un altro rimedio è il fenolo iodato di Battey (2). Nelle

(1) Iodo 3 gm., Ioduro di pot. 1,25, Alcool rettifcato gm. 25 — Il D.r Goodel raccomanda: Tannino 2,50, Iodo 1,25 o Iodoformio 5,00, sciolti in 25 di collodion.

(2) Iodo gm. 3,50, acido fenico cristallizzato 50 gm., acqua 5,00. Mischia a moderato calore. Da usarsi puro o diluito con la glicerina.

forme gravi d' erosione villosa, e per la degenerazione cistica del canale cervicale, il migliore è l'acido nitrico concentrato, al quale si ricorre anche, quando un'erosione è stata restia agli altri più miti rimedii. Esso forma un' escara superficiale, non si approfonda se non lasciato lungo tempo in contatto della parte, e non reca molto dolore, benchè in persone molto delicate provochi iperemia dell'utero con sintomi nervosi riflessi, che durano parecchi giorni. La vagina protetta, e dopo usato l'acido nitrico, applicare un piumacciuolo bagnato nell' acqua. Sovente non occorre usare l' acido nitrico più di una sola volta, e in generale non dev' essere adoperato più di due o tre volte ad intervalli di circa quattro settimane. In seguito posson adoperarsi astringenti meno energici. Invece dell'acido nitrico, alcuni usano il nitrato acido di mercurio; non pare però che questo meriti la preferenza, e per giunta in individui deboli ha prodotto ptialismo. Il caustico favorito di Marion Sims per l' erosione villosa è l'acido cromico sciolto in egual quantità d'acqua. Egli ne applica due gocce sulle sole granulazioni con la punta di un cannello di vetro. A meno che la sua azione non sia accuratamente limitata, è un caustico abbastanza doloroso. Schroeder poi per la cura della stessa affezione raccomanda l'applicazione ripetuta d'acido acetico, fatta attraverso uno speculum cilindrico.

Alcuni casi di degenerazione glandolare intorno al bordo dell' orifizio e nel canale cervicale possono render frustraneo anche l' acido nitrico, e allora la scelta sta tra un caustico più profondo, come la potassa con la calce, la potassa fusa, o il caustico attuale e l'asportazione delle glandole degenerate con un abrasoio d' acciaio bene affilato (fig. 60). Quest'ultimo sembra il metodo preferibile come il meno soggetto a provocare la contrazione e dar luogo alla occlusione del collo. Dopo l'uso d'un forte caustico, è bene applicare sempre un tampone bagnato nella glicerina, ponendo cura di non eccitare la contra-

zione del collo. Anche l'uso ripetuto del nitrato d' argento solido ha talvolta prodotto occlusione.

Negli stadii meno acuti dell'endometrite cervicale, le punte solide di solfato di zinco fuso coll'allume introdotte dal Dott. Braxton Hicks sono uno de' rimedii più efficaci, ma soggette a recar molto dolore e irritazione quando esiste iperemia. La punta di zinco s'introduce per tutta la sua lunghezza nel canale cervicale coll'aiuto d'un tubo fornito di stantuffo, che vien passato attraverso lo speculum, e si lascia lì a sciogliersi. Applicazioni meno forti si posson fare con de' lapis contenenti tannino o altri astringenti, ma non sono d'ordinario preferibili alle applicazioni di liquidi (1).


Fig. 59. — Specillo di Plaifair.

In alcuni casi di endometrite cervicale nelle nullipare si trova, che l'orifizio rimane piccolo, ed il collo ha subito qualche cambiamento. L' orifizio dev' essere dilatato prima che si possa fare qualunque trattamento locale con successo. La dilatazione può farsi colla tenta di spugna, oppure, avendo da fare con un collo conico ed un orifizio congenitamente piccolo, per mezzo dell' incisione (v. p. 54). Oltre la dilatazione, la tenta di spugna può anche modificare la mucosa e rimuoverne le granulazioni, sempre che l' affezione è limitata al canale cervicale.

L'infiammazione di tutta la spessezza del collo tendente all' iperplasia, lascia ben piccolo campo all' azione de' rimedii. Nel

(1) Si può fare un pastello di tannino con la sola glicerina: 30 di tannino e 3 di glicerina. Per altri farmaci si possono usare 15 parti di ciascuno con 15 di polvere di gelatina e 2 di glicerina.

periodo, in cui comincia a divenire induramento, gli assorbenti usati localmente possono essere utili. Un mezzo da non disprezzarsi è un piumacciuolo di cotone inzuppato nella tintura d'iodo, il quale si mantiene in sito per mezzo d'un tampone bagnato nella glicerina. Della cura dell' ingrandimento cervicale consecutivo ci siamo già occupati (v. pag. 149).

Cura dell' Ettropio del Collo.—In seguito ad una lieve lacerazione del collo, di qualunque porzione di mucosa vien per essa messa allo scoperto l'epitelio a lungo andare si trasforma in pavimentoso, e questo processo di trasformazione può essere accelerato dall'uso degli astringenti o de' caustici. In caso però d'una lacerazione profonda bilaterale, l' arrovesciamento rimane come sorgente d' irritazione ed iperplasia consecutiva, e la mucosa esposta è sempre soggetta ad infiammazione granulare. Per casi simili il Dott. Emmet ha introdotto l'operazione della *trachelorrafia*, consistente nel recentare i margini della lacerazione ed unirli con suture. Finora quest' operazione non è stata molto in uso, ma speriamo che lo sia, tuttocchè il numero de' casi che la richiedono pare sia stato esagerato di molto.

Operazione di Trachelorrafia.—Se l' utero è molto in alto, e non può esser tirato in giù, l' operazione può essere noiosa e difficile, ma se il collo uterino può essere portato a livello dell' apertura della vagina, mentre il perineo è retratto coll' aiuto d' un corto speculum di Sims, essa è invece molto facile. Bisogna però aver cura che la trazione non sia maggiore del necessario, massime se v' è traccia d' infiammazione pregressa del tessuto cellulare, che spesso va accompagnata alle lacerazioni profonde, poichè si correrebbe il rischio di riacutizzare il processo infiammatorio.

Per la trazione il D.r Emmet adopera un doppio tenacolo a punte divergenti, ma se la trazione dev' esser piuttosto energica, val meglio ricorrere ad una specie di cappio di filo metallico o di seta.

L' inferma decombe sul lato sinistro per recentare



Fig. 60. — Cucchiaio di Sims.

il lato destro del collo, e viceversa. Il modo di recentare i margini della lacerazione e piazzare le suture è mostrato dalla fig. 61, che sarà più facilmente compresa ponendola in confronto con la fig. 53, che rappresenta l' aspetto esterno della lacerazione con infiammazione granulare. In generale bastano due suture per ciascun lato, ma per una lacerazione profonda possono occorrerne tre, quante ne mostra la figura. Il D.r Emmet ha introdotto l' uso d'una specie d'arganetto (*tourniquet*) per stringere il collo durante l' operazione, ma è raro che l' emorragia sia tale da richiedere un simile espediente, e quando le superficie recentate sono accuratamente messe in contatto, allo stringer delle suture l' emorragia sempre s' arresta. Se si riesce a tirare il collo in giù, è meglio recentare i margini con un bistori a lama stretta, come quello che si usa per la fistola vescico-vaginale. Quando il collo rimane al suo posto, è meglio usar le forbici. In ogni caso però il tessuto va asportato tutto in un pezzo, se è possibile. Il canale cervicale va lasciato in forma d'una trombetta, per permettere qualche contrazione consecutiva dell'orifizio dovuta alla diminuzione dell' iperplasia; e bisogna stare attenti a non lasciare mucosa non recentata agli angoli della lacerazione. Per le suture si adoperi il filo d' argento, oppure un filo abbastanza doppio di seta, il quale ultimo ha sull' altro il vantaggio di non esser as-

sorbente e di potersi più agevolmente maneggiare. Gli aghi sieno dritti o leggermente curvi, e le suture

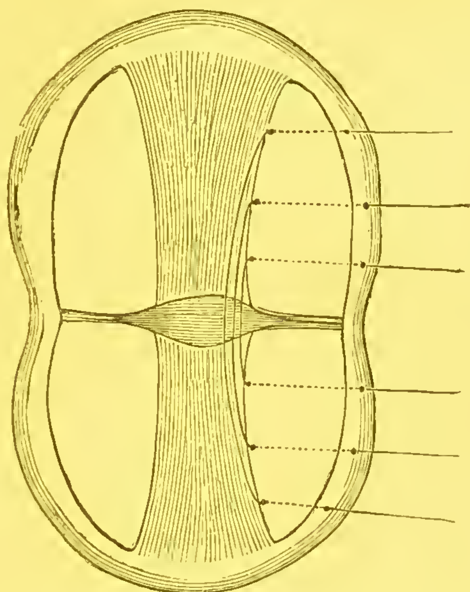


Fig. 61.—Lacerazione del Collo, e applicazione delle suture su d' un lato.

strette per mezzo dello strumento di Aveling (Fig. 62). Le suture si rimuovono dopo circa 10 giorni.

L' esperienza non ha detto ancora l' ultima parola sullo scopo della trachelorrafia. Non pare vi si debba ricorrere in tutti i casi di lacerazione con ettropio, poichè non sempre queste condizioni dan luogo a manifestazione di sintomi. Ma se v' è infiammazione granulare della mucosa ed iperplasia, specialmente se v' è tendenza dell' utero a discendere, l'operazione può effettuare la cura più rapida e insieme più duratura. Io però ho avuto agio di osservare in alcuni casi che v'è rimasta l' endometrite, ed è stato necessario un trattamento locale per curarla.



Fig 62. — Strumento di Aveling per stringere ed annodare i fili delle suture.

In casi di lacerazione limitata ad un sol lato, questo lato può essere unito nell'identica maniera. Nel caso poi d'una lacerazione molto antica, quando le labbra dell'orifizio sono già troppo deformate dall'iperplasia per poter più combaciare, amendue le labbra possono essere amputate col metodo plastico (v. pag. 155).

Se per fissazione dell'utero, in seguito ad ispessimento infiammatorio del tessuto cellulare o a qualunque altra causa, si pensa di far a meno dell'operazione, e vi è infiammazione della mucosa cervicale messa allo scoperto, lo scopo da proporsi è quello di affrettare la trasformazione in pavimentoso dell'epitelio, ed all'uopo si comincia dall' applicazione de' più forti caustici, come acido nitrico, cauterio alla benzina, potassa fusa con calce, ecc.

Ulcera sifilitica del collo. — Margini duri e tagliati a picco, superficie depressa con tendenza a covrirsi di pseudomembrana: questi sono i caratteri dell'ulcera sifilitica. È raro che sia primitiva, come son rare anche le placche mucose e l'ulcera terziaria. L' ulcera terziaria forma un' escavazione facilmente sanguinante, che può essere scambiata con uno stadio iniziale di cancro. D' ordinario l' ulcera sifilitica non è accompagnata da forte dolore, nè da scoli molto fetidi, ma la miglior guida alla diagnosi è fornita dall' anamnesi. Occasionalmente può produrre apertura del rettò o della vescica. Si distingue dall'erosione per non esser contigua all'orifizio, in continuazione del canale cervicale infiammato, ma per esser invece separata dall' orifizio da un tratto di tessuto sano.

Endometrite e Metrite Croniche.

Anatomia Patologica. — L' endometrite cronica propriamente detta, o endometrite cronica del corpo, è l' infiammazione della mucosa del corpo dell'utero. Infiammazione non limitata alla sola mucosa, ma che si diffonde più o meno considerevolmente alla sostanza (pag. 160), ed è accompagnata da un'iperemia più o meno attiva di tutto quanto l' utero.

Endometrite, quindi, e metrite non sono due affezioni separate, ma i nomi possono rispettivamente servire ad indicare la prevalenza dell' infiammazione della mucosa o quella del parenchima secondo i casi. Entrambe le affezioni si associano anche a subinvoluzione, di cui sono spesso la causa, ed alle conseguenze dell' iperemia passiva, che rende il tessuto più sensibile alle cause irritanti.

Nei casi più miti e più recenti d' endometrite la mucosa è tumefatta ed iperemica. Lo stroma interglandolare d' essa, che si rinnova costantemente in ciascun periodo mestruale, ha approssimativamente i caratteri d' un tessuto embrionale, quindi i cambiamenti istologici che subisce sotto l'influenza dell'infiammazione sono meno distinti di quelli che subisce la mucosa del collo. Il microscopio constata cambiamenti più marcati nelle glandole che non nello stroma interglandolare. Queste glandole diventano irregolarmente dilatate ed irregolarmente ripiene di cellule più o meno rotondeggianti, invece d' esser rivestite per gran parte del loro decorso di epitelio uniformemente cilindrico. Anche a trovarsi l' epitelio cilindrico, lo si vede deformato ed irregolare. Gli strati superficiali della mucosa possono venir distaccati, e il loro posto occupato da masse polipose dovute ad irregolare proliferazione villosa. Ciò costituisce l'affezione molto grave conosciuta col nome di *endometrite fungosa o villosa*, della quale il sintoma culminante è l' emorragia. Nelle forme più leggiere d'endometrite la secrezione consiste d'un liquido mucoso alcalino, meno tenace di quello del collo. Nell' infiammazione più grave diventa muco-purulento, e può diventare rugginoso o anche sanguigno addirittura. Quando l'endometrite ha durato lungo tempo, massime quando il parenchima n'è stato notevolmente affetto, la mucosa diventa atrofizzata, sottile, e le sue cellule appariscono infiltrate d' un tessuto abnorme fibrillare. È allora che la caduca mestruale non si forma come dovrebbe, e la mestruazione è scarsa.

La massima partecipazione del parenchima si ve-

rifica ne'casi dipendenti dalle forme più acute d'infiammazione, settica o no, di tutta la sostanza dell' utero, specie in quelli che tengon dietro al parto. Anche quando la malattia non segue immediatamente al parto, ma trae origine in un periodo posteriore dall'infiammazione catarrale della mucosa, quando l'involuzione è completa, essa tende ad interessare il parenchima più nelle donne che hanno avuto figli, causa la tessitura più lasca delle pareti uterine. Nello stadio iniziale della metrite cronica il tessuto si presenta rosso , molle , tumefatto e succulento per infiltramento sieroso, quindi più passibile di flessione. L' utero s' ingrandisce , anche quando non sia già ingrandito per la subinvoluzione , ma l' ingrandimento è più nella spessezza delle pareti che non nella lunghezza , specie nelle nullipare. In un periodo ulteriore il tessuto s' indurisce per accrescimento di connettivo, e così raggiunge lo stadio iperplastico che abbiamo già descritto (p. 145). Dall' iperemia passiva può derivarne un certo grado di degenerazione del tessuto. In mancanza d' ogni causa d' ostruzione venosa , il grado d' induramento fibroso può esser preso come norma, per sapere fin dove l'infiammazione ha interessato il parenchima.

Nella maggioranza de'casi, specie nelle donne che hanno avuto figli, collo e corpo dell' utero partecipano alla metrite cronica.

Etiologia. — Tra le cause predisponenti dell' endometrite cronica, sia cervicale che del corpo, sono l'indebolimento generale, la depressione mentale, la clorosi e le diatesi scrofolosa, reumatica e gottosa. Fra le non meno importanti è la sifilide, che affetta specialmente la mucosa uterina durante la gravidanza, e così produce l'aborto, dopo il quale la mucosa può rimanere tuttavia in uno stato morboso. A parte l'aborto, l'endometrite nelle donne sifilitiche è abbastanza comune , benchè non si manifestino sintomi atti a rivelarla. Quando l'infezione costituzionale è attiva, lo scolo leucorroico può esser contagioso. Le principali cause efficienti sono le conseguenze dell'endometrite e metrite acute, la riten-

zione d'un pezzo di placenta o di decidua, di grumi, la diffusione d'un'infiammazione dalla vagina o dal collo, l'influenza del freddo, specialmente durante le ricorrenze mestruali, gli eccessi sessuali, l'impedito flusso delle secrezioni per stenosi o per flessione del canale cervicale e le irritazioni meccaniche dirette, come l'asta intrauterina, la sonda o i tentativi di aborto.

Astrazion fatta da' risultati della gravidanza, una delle cause più fertili di endometrite cronica è la dismenorrea, massime quando è dovuta ad ostruzione del collo per stenosi o per flessione, ed in tal caso la mucosa del corpo dell'utero può infiammarsi, senza che vi partecipi quella del collo. Normalmente il flusso mestruo è impedito, quando mischiandosi col muco vaginale acido esso forma delle masse più o meno solide, ma se v' è ritenzione d'esso dentro l'utero in qualunque quantità e per un tempo più o meno lungo, allora ha luogo la formazione di masse solide che non possono a meno d'irritare. Un identico effetto si ha per brani di membrana che si distaccano, nel caso che la decidua mestruale non si disintegra completamente. Il liquido o il sangue ritenuto, anche non subendo notevole decomposizione, pure subisce de' cambiamenti che lo rendono irritante. Quando infine il tessuto contiguo all' orifizio interno è compresso per la flessione, l'iperemia passiva, che ne consegue, è anche una causa predisponente d' infiammazione.

L'infiammazione del collo, per diffusione di processo dalla vagina, è più atta ad interessare anche il corpo dell' utero. Questo quindi avviene più facilmente nel caso d'una gonorrea, tuttocchè possa anche determinarsi un'infiammazione non specifica, ma tanto acuta, da non poterla distinguere dalla prima.

Le basi dell' endometrite e della metrite croniche si gittano per lo più nell'inizio della vita coniugale, ed il contagio gonorroico ne è la causa più frequente, benchè possano esserne causa anche le imprudenze maritali. Il D.r Noeggerath di New-York sostiene

che la gonorrea in ambo i sessi persiste per tutta la vita in certe sezioni degli organi della generazione, malgrado la sua cura apparentemente compiuta; che questa « gonorrea latente » può determinarsi in un individuo sano o con un accesso acuto, oppure con un' infiammazione cronica, che nelle donne può dar luogo non solo ad endometrite cronica, ma anche ad ovarite, a pelvi-peritonite e perfino a setticemia puerperale. L' infezione derivante dalla gonorrea latente, egli la considera come la causa più comune di sterilità. Senza dubbio questo modo di vedere circa l'incurabilità della gonorrea è grandemente esagerato, ma è però un fatto, che una gonorrea latente del marito bene spesso contagia la donna di fresco maritata, cagionandole un'infiammazione, non abbastanza acuta da renderne ovvio il riconoscerla, ma che diventa nondimeno punto di partenza d'un'endometrite cronica e di consecutiva sterilità.

Sintomi ed esiti. — Il sintoma più costante dell' endometrite del corpo è la leucorrea. Lo scolo è meno limpido e tenace di quello secreto dal collo, ed è più spesso muco-purulento. Ben di frequente esso irrita la vagina e la vulva.

Può avvenire che lo scolo si raccolga per un certo tempo entro l' utero, e venga poi fuori in una volta, facendo temere all' inferma che le si sia aperto un ascesso interno.

Quando l' endometrite non si limita al collo, ma interessa anche il corpo dell' utero, alcuni disturbi nella mestruazione sono quasi immancabili. Ne' primi stadii il flusso mestruale è d' ordinario profuso, doloroso e spesso irregolare, seguito per alcuni giorni da un eccesso di scolo leucorroico per lo più ruggginoso. Non sono rari degli scoli emorragici negli intervalli. Il sintoma culminante dell' endometrite fungosa è una menorragia o metrorragia profusa ed incurabile. Negli ultimi periodi dell' endometrite, quando insieme all' induramento generale di tutto l' utero v'è pure degenerazione della mucosa, la mestruazione è scarsa e d'ordinario dolorosa. L' effetto più comune in tutti gli stadii è la sterilità, sia

per l' azione deleteria dell' alterata secrezione sugli spermatozoi, e sia perchè la mucosa ha cessato dall' essere un nido confacente per gli ovuli.

I sintomi generali più cospicui dell' endometrite dipendono dall' iperemia riflessa, ond'è affetto tutto il parenchima dell' utero, oppure dall' essere l' infiammazione diffusa ai tessuti profondi dell'organo. Essi però variano grandemente in intensità, secondo il grado di diffusione del processo e la suscettibilità nervosa della paziente. Dolore all' ipogastrio ed alle regioni inguinali, che può anche estendersi alle cosce ed anche al dorso, un po' più in alto che non si senta quello dipendente da affezioni del collo, cioè al disopra della prima falsa vertebra sacrale oppure dell'ultima lombare. Il dolore è spesso piu intenso ad un inguine, generalmente il sinistro, il che talvolta, ma certo non sempre, dipende dalla partecipazione dell'ovaia di questo lato all'iperemia o all'infiammazione. La locomozione ed il coito aumentano il dolore, e il coito specialmente lo aggrava molto durevolmente. In generale non mancano disturbi nelle funzioni della vescica e del retto. La minzione e la defecazione son dolorose, per la pressione che gli sforzi rispettivi determinano sull'utero, o anche per irritabilità della vescica. Per l' irritabilità eziandio del retto qualche volta v' è diarrea, ma più spesso stitichezza, dovuta in gran parte alla riluttanza dell'inferma a fare qualunque sforzo.

Molti altri sintomi generali sono più o meno in connessione con malattie uterine, e i Ginecologi sono stati accusati di dare molta importanza alle condizioni locali per simili disturbi. Sarebbe indubbiamente erroneo asseverare che qualunque disturbo nervoso digestivo nelle donne debba essere in dipendenza dall'utero e dalle ovaie, quando mancano i sintomi particolari locali. Dall' altra parte un sintoma riflesso può dar luogo a doglianze maggiori che non dieno i sintomi direttamente connessi con la causa, massime quando questi ultimi sian di quelli, di cui la donna spesso non si lamenta, finchè non

è interrogata in proposito. I sintomi riflessi non debbono essere necessariamente proporzionali all'intensità dell'affezione locale oppure de'sintomi locali, ma dipendono assai più dalla suscettibilità de'centri nervosi. Questo è provato da esempi molto familiari, come il vomito nella gravidanza, che può aver luogo quando non esiste alcun disturbo locale, e di gravidanza non si ha neppure il sospetto; oppure come un accesso d'asma cagionato da una cena ad ora tarda, o un mal di capo dovuto a presenza di sostanze irritanti nel canale alimentare, e che cessa dopo l'azione d'un purgante. Ne' casi individuali può essere non molto facile il decidere se un dato sintoma sia o no riflesso, e parecchie volte l'unica speranza di sciogliere il dubbio è riposta nel criterio terapeutico.

Niuno può dubitare che l'endometrite cronica o la metrite siano capaci di produrre sintomi riflessi come il dolore al dorso, ai lombi, al sacro, e che si estende magari alle cosce ed alle gambe; dolore lungo il decorso del nervo ileo-ipogastrico o dell'ileo-inguinale, non dipendente necessariamente da fatti infiammatorii nell'ovaia; dolore anche ed irritabilità nella vescica e nel retto. A questi si può aggiungere il prurito della vagina e della vulva, il vaginismo, dolore e dolorabilità al coccige. Tutti questi sintomi possono esser dovuti ad iperestesia riflessa, ed andar soggetti ad esacerbazioni nelle ricorrenze mestruali, per il coito o anche per cause generali come l'influenza del freddo umido. I disturbi uterini non possono lasciare indifferenti le mammelle, quindi sono tutt'altro che rari i dolori nevralgici delle mammelle nel periodo d'acme della congestione della mucosa uterina, poco tempo prima della ricorrenza mestruale. I dolori alle mammelle sono più intensi, quando v'è pure dismenorrea. Nei casi d'endometrite o metrite croniche le glandole mammarie s'ingrandiscono, le areole diventano più scure, e questo fa supporre all'ammalata d'esser gravida, specialmente quando vi è distensione tim-

panitica dell' addome. Le ricerche istologiche han dimostrato che il tipo dello scirro delle mammelle corrisponde ad uno stato, che è normale in un primissimo tempo della naturale evoluzione del seno durante la gravidanza, nel quale primissimo tempo è perfettamente normale che le cellule epiteliali degli acini si trasformino in stroma connettivale (1). Pare quindi probabile che uno stimolo normale identico dell' attività glandolare molto protratto, ma meno energico di quello che provoca la secrezione mucosa, possa essere una causa comune di cancro delle mammelle, senza origine traumatica, e tale supposizione sembra in certo modo appoggiata dalla esperienza.

Gl' intimi rapporti nervosi, che lo stomaco e gli altri organi digerenti hanno con l'utero, sono egualmente fuori contestazione, come è dimostrato dal vomito e dagli altri disturbi digestivi durante la gravidanza. Anche nella congestione cronica o infiammazione dell'utero le conseguenze più frequenti sono: distensione flatulenta dell'addome, rutti, nausea e vomito, specialmente in donne isteriche, e un certo grado di dispepsia quasi non manca mai. Molto analoghi sono gli effetti dell' irritazione ovarica, e si gli uni che gli altri si spiegano sul terreno anatomico con la connessione tra l' innervazione della porzione superiore dell'utero fatta dal simpatico ed il plesso ovarico, tra questo e l'aortico ed il renale, tra questi ed il plesso solare. Fisiologicamente parlando, poi, l' irritazione del simpatico impedisce la secrezione del succo gastrico e degli altri succhi digestivi, quindi ne consegue digestione imperfetta e fermentazione delle sostanze alimentari, da cui possono egualmente trarre origine una gastrite catarrale ed un' enterite. Il consecutivo difetto di nutrizione è un sintoma cospicuo del disordine uterino ed ovarico, il quale per tal guisa, in indivi-

(1) Vedi l' opera del D.r Creighton. « Contributions to the Physiology and Pathology of the Breast ».

dui predisposti, può divenire punto di partenza della tisi.

Altre fra le conseguenze generali delle malattie dell'utero sono più indirette. L'affezione locale può influire sulla salute generale dell' organismo, non solo per la ostacolata digestione, ma anche perchè impedisce la locomozione. Causa il dolore che vien suscitato da' movimenti, l'ammalata non respira, e non si muove quanto è necessario per la sua salute. Tra'sintomi comuni, nelle donne affette da infiammazione uterina cronica, sono dolori nevralgici in diverse parti del corpo, come lungo i bordi delle costole, ma specialmente alla sommità del capo o sotto la mammella sinistra. In quest'ultima sede il dolore inframammario spesso è accompagnato da palpitazione. Questo dolore inframammario pare che sia in connessione nervosa diretta colla maggior tendenza dell'inguine sinistro al dolore che non sia nel destro, e con la maggior frequenza della congestione e della tumefazione dell' ovaia sinistra. Possono prodursi altri riflessi nervosi, come asma e catarro delle fauci o delle vie respiratorie; ma ne' singoli casi di siffatta specie è ben difficile di definire la vera causa, a meno che altri criterii non aiutino.

Al disordine cronico dell' utero o delle ovaie tengon dietro alterazioni nutritive press'a poco identiche a quelle provocate dalla gravidanza, come dei cerchi neri intorno alle orbite, o una pigmentazione bruna generale della cute. L' eczema non è raro, l'acne è più frequente, e spesso l' apparire di tali eruzioni è in rapporto colle ricorrenze mestruali. Si aggiunga a tutto questo la caduta de'capelli, l'indebolimento della vista, specie una forma d'amaurosi dipendente da nevrite ottica cronica, che son sintomi frequenti.

Nei soggetti predisposti all'isterismo, le multiformi manifestazioni di questa malattia sono una delle prime conseguenze del disordine uterino ed ovarico, rese generalmente più gravi dalle ricorrenze mestruali. In questi casi però, oltre al disordine uteri-

no, spesso si constata anche iperemia e dolorabilità di una o entrambe le ovaie. L'esplorazione della vagina o qualunque pressione esercitata sull' utero o sulle ovaie suscita sovente un parosismo nervoso, rutti rumorosi e senso di nausea. Nelle inferme diversamente predisposte i disturbi nervosi possono assumere la forma di epilessia, d'istero-epilessia, magari di aberrazione mentale, d'ordinario del tipo melanconico.

Non son mancate pruove che in caso di disturbi uterini possono associarsi alla ricorrenza mestruale accessi di reumatismo articolare, ed è stata anzi descritta una forma di reumatismo analoga al reumatismo gonorroico, ma distinto da questo pel fatto, che interessa le articolazioni minori, e la sua manifestazione coincide con la leucorrea o con la gravidanza. A sostegno della possibilità di simile coincidenza può esser allegata la teoria predominante, che riguarda il reumatismo gonorroico ordinario negli uomini come prodotto più da una influenza nervosa riflessa, che non dall' assorbimento di sostanze infettanti non molto dissimili dalle sostanze piemiche. L'artrite reumatica cronica è più comune nelle donne che negli uomini, e quelle che ne sono affette spesso sono state soggette a disordini uterini, ma non va taciuto che in tali casi il rapporto tra le due affezioni può risiedere solo nell'effetto deteriorante dell'affezione uterina sulla salute generale dell'organismo.

Un altro sintoma, ch'è stato considerato come un effetto riflesso di affezione uterina, e del quale è piuttosto difficile rintracciare la causa, è la parziale o completa paraplegia, simile a quella che si manifesta occasionalmente dopo il parto, senza che alcuna difficoltà abbia potuto render ragione di lesione diretta de' tronchi nervosi. In gran parte di questi casi la paralisi è funzionale, e più o meno collegata all'isteria. Il chiamarla però un sintoma isterico non basta a spiegarla. È un fatto, che il temperamento isterico implica un esaltamento della sensi-

bilità e in pari tempo una diminuzione del controllo volitivo. Sicchè in casi di paraplegia, come in casi di vomito isterico, bisognerebbe combattere qualunque causa irritativa derivante dall' utero, tuttocchè, specie nelle donne non maritate, più che ad un trattamento locale, la massima importanza è invece devoluta ad una cura morale. Il decidere poi, se una paraplegia riflessa, dipendente da mielite cronica, possa esser conseguenza di un' infiammazione uterina, come la cosiddetta paralisi riflessa è stato supposto provenire da grave e positiva infiammazione, più che da semplice irritazione della vescica, della prostata o de'reni, non è finora possibile.

Un'endometrite recente, a cui non prenda troppa parte il parenchima, è generalmente accessibile a trattamento; ma la metrite cronica, quand'abbia raggiunto lo stadio d'induramento, è una delle affezioni più ostinate. Le cure più accortamente energiche non procurano che un vantaggio abbastanza relativo, e le recidive sono frequenti.

Diagnosi. — L'endometrite del corpo si distingue dalla cervicale per la natura dello scolo, che non ha la limpidezza e la tenacità distintiva della secrezione cervicale, ma o è mucoso, muco-purulento e poco denso, oppure, ciò che è più caratteristico, è rugginoso. V'è maggiore tenerezza ed ingrandimento del corpo dell'utero, come si constata coll'esame bimanuale, e i disturbi della mestruazione sono più costanti.

L'allungamento, che vien rilevato con la sonda, non dipende da iperplasia del collo, e nel toccare il fondo la sonda reca forte dolore, e dà sovente luogo a disturbi nervosi. Quando la si ritira, d'ordinario è seguita da lieve emorragia. Il canale cervicale è dilatato, mentre può avvenire il contrario nell' endometrite delle nullipare senza affezione del collo. Nei casi dubbii, quando, cioè, non si può dire se l'infiammazione è del corpo o del collo, il dubbio può esser risoluto dalla persistenza de'sintomi dopo curata l'affezione del collo. La diagnosi d'*endometrite fungosa*

può esser fatta in due modi. 1° Si può dilatare il collo con una ferita, ed introdurre il dito fino al fondo nel modo che abbiam descritto per il vuotamento dell'utero dopo l'aborto (p. 149). Il dito allora percepirà la superficie villosa. 2° Il cucchiaio di filo metallico del D.r Thomas, quasi simile a quello di Sims (fig. 60), ma avendo l'estremità di un quarto di pollice di diametro, fatto soltanto di filo di rame grosso 1/12 o 1/16 di pollice, può servire alla diagnosi del pari che alla cura. Se il canale è discretamente ampio, si può introdurre lo strumento senza dilatare il collo, e così si abrade delicatamente la superficie interna dell'utero. Le prominenze fungose saranno asportate, ed al microscopio se ne osserveranno i caratteri. Se invece si usasse un abrasoio affilato, si potrebbe asportare anche parte della mucosa, ed esser indotti a criterii erronei.

Cura. — Si cominci dal rimuovere tutte le cause, come l'infiammazione del collo, o gravi spostamenti dell'utero. Per tal modo, quando esiste erosione o endometrite cervicale, il trattamento locale dev'esser prima diretto al collo, ch'è più sollecitamente accessibile a simile medicazione. Quando esistano spostamenti, il punto più importante sta nel decidere se si debba ricorrere senz'altro al pessario, oppure rivolgere prima le cure all'infiammazione. Ne'casi di retroversione o retroflessione di qualche importanza è d'ordinario vantaggioso l'uso del pessario, sia immediatamente, sia dopo aver fatto riposare un po'di tempo l'inferma, o anche dopo praticato un salasso locale. Però negli spostamenti in avanti, in cui la deviazione dalla situazione normale non è molto pronunziata, è preferibile rivolger le prime cure allo stato infiammatorio, e poscia, occorrendo, tentare il pessario. Anche quando non si constati spostamento di sorta, un pessario anulare elastico di Hodge può riuscir di sollievo, limitando la mobilità dell'utero più o meno rammollito, mantenendolo in un lieve grado di anteversione, e ostacolando ogni tendenza ad un prolasso parziale. Può anche giovare la cintura ipogastrica (v. p. 95).

L'iperemia attiva e passiva debbono esser curate coi mezzi che abbiamo accennati innanzi, specialmente col riposo frequente, ma non molto prolungato, nella posizione orizzontale, con l' iniezioni di acqua calda, l'amministrazione di lassativi salini, di bromuro e ioduro di potassio, ergotina, stricnina o digitale, ecc. Il coito limitatamente permesso, benchè non sia sempre opportuno proibirlo assolutamente, massime quando esiste iperemia ovarica. Sull'infiammazione del parenchima i rimedii interni agiscono ben poco; ma quando l'ingrandimento è per passare allo stato d'induramento, si può prescrivere il liquore di deutocloruro di mercurio (1) a dosi di 30 ad 80 minimi tre volte al giorno. Si può unirlo a piccole dosi di chinina, oppure, non essendovi iperemia locale nè generale, di tintura di percloruro di ferro. Può tentarsi l' ioduro potassico come assorbente, o, se la mestruazione è scarsa, la tintura di iodo alla dose di cinque a dieci minimi. La tintura d'iodo spesso agisce da emmenagogo nella metrite cronica.

Nessun mezzo igienico va trascurato, specialmente il cambiamento d'aria e i bagni freddi o marini, con sufficiente occupazione mentale. Dimorare in uno stabilimento balneare, viaggiar per mare, son cose che possono rendere grandi servigi. Tutto questo è molto coadiuvato dall'uso delle acque minerali che contengono bromo o iodo, sia per bagni che internamente. La virtù speciale di tali acque, massime di quelle di Kreuznach dipende principalmente dal bromuro di magnesio. L'acqua di Woodhall Spa (2) nella contea di Lincolnshire produce gli stessi effetti, benchè contenga maggiori proporzioni d' iodo. La dieta dev' essere nutriente ma molto semplice, in vista della gran facilità a contrarre la dispepsia. L'uso dell' alcool molto limitato, poichè rilasciando le arterie esso produce iperemia attiva, e dippiù le

(1) Per un uso prolungato il mercurio è più facilmente tollerato dopo i pasti, misto con un po' d' acido cloridrico, sciroppo ed acqua.

(2) Noi potremmo consigliare l'acqua del Gurgitello. *Sisca.*

malattie uterine sono una causa assai comune di intemperanza nelle donne, le quali pel momentaneo sollievo che ne traggono, sia del dolore, e sia dello stato di depressione in cui si trovano, d'ordinario fanno piuttosto abuso di alcoolici. Usarne però moderatamente durante i pasti è utile per stimolare la digestione. Ma ove vi sia da sospettar tendenza all'abuso, se ne prescriva l'astinenza completa.

In un disordine così protratto, come la metrite cronica, è prudenza evitare quanto è possibile l'oppio o la morfina, perchè l'ammalata non ne contragga l'abitudine, in modo da non saperne poi fare a meno. Occorrendo però, nei momenti di esacerbazione o nelle ricorrenze mestruali, si può amministrare un po' di morfina in forma di suppositorio per la via del retto. A calmare il dolore, valgono i semicupii o meglio i bagni caldi. Le docce vaginali alla temperatura non minore di 45° fanno anche l'effetto di eccitare l'assorbimento e diminuire il volume dell'utero, provocando la contrazione delle fibre muscolari dell'utero e delle pareti arteriose. È bene del resto cominciare le iniezioni ad una temperatura più bassa, ed elevarla poi gradatamente. Occorrendo l'uso di sedativi, prima di pensare all'oppio, si tentino gli altri. Bromuro di potassio, belladonna, giusquiamo, canape indiana, o canfora internamente, e cloralio contro l'insonnio. La belladonna agisce specialmente sul sistema del simpatico, quindi è massimamente utile nel tenesmo vescicale, mentre spesso è un'utile aggiunta all'oppio; il giusquiamo ha un effetto più soporifero, e tutt'e due sono utili come lassativi. La canape indiana, oltre ad essere un sedativo generale, ha influenza contro la nevralgia e il mal di capo. La canfora è sedativa e anafrodisiaca alla dose di 20-40 cg. Il bromuro di canfora, di recente introdotto, può essere amministrato nelle capsule del D.r Clin. Si può dare con vantaggio 20 cg. d'iodoformio in un suppositorio per la via del retto. I suppositorii di belladonna sono anche più attivi pel retto che per la vagina. I seda-

tivi sono pure efficaci, amministrati per la vagina, ma in dosi maggiori.

I rivulsivi non sono soltanto utili contro il dolore, ma modificano anche l'infiammazione cronica. Mitigano i fatti riflessi, come ad esempio il vomito, per una specie d'azione inibitrice sul sistema nervoso. Si possono applicare de'vescicanti volanti sull'epigastrio o sugl'inguini, ma se vi è tendenza a tenesmo vescicale, è meglio evitare l'uso delle cantaridi, e adoperare qualche altro rivulsivo, p. e. la tintura d'iodo ben forte, applicata ripetutamente. Contro i dolori riflessi si può fare uso di carte senapate o di fomenti di trementina. Le causticazioni dirette del collo dell'utero, di cui ci siamo occupati nel parlare dell'iperplasia (p. 152), possono avere effetti maggiori che non tutti i rivulsivi esterni. Si può pure applicare sul collo, per mezzo di un pennello, del collodion vescicatorio, e applicarvi in seguito un tampone bagnato nella glicerina, avendo la debita cura di proteggere la vagina e la vulva.

La cura tonica torna d'ordinario vantaggiosa. Se la lingua dell'inferma è sporca, o se vi è indizio di congestione portale, non si darà il ferro, finchè queste condizioni non siano state modificate. Il ferro può anche tornare dannoso, quando vi è iperemia dell'utero. Ma negli ultimi periodi, quando v'è un grande indebolimento generale ed una lingua pastosa che conserva ben marcate le impressioni de'denti, spesso fa bene, massime se accompagnato ad un lassativo (v. p. 184). Nello stadio d'iperplasia con induramento, quando la mestruazione è scarsa, il ferro si può accompagnare al bromuro di potassio e, se occorre, vi si può unire anche dell'aloe. Il bromuro solo, in questi casi, è capace di attenuare il flusso mestruale e prolungarne gl'intervalli.

Medicatura Intrauterina. — Quando l'endometrite, non complicata da un notevole grado di metrite, resiste ai rimedii generali, del pari che al trattamento locale del collo, il metodo più efficace consiste nel portare i rimedii direttamente nella cavità

dell' utero. Se v' esiste notevole infiammazione del parenchima, ma l' endometrite n' è il punto di partenza o n' è il componente principale, la cura diretta della mucosa può anche essere conveniente, a patto però che si sia più cauti nell'uso locale de' rimedii, e l'iperemia sia energicamente combattuta da principio. I casi, che reclamano più urgentemente la medicatura intrauterina, son quelli di endometrite fungosa con forte emorragia.

I rimedii si adoperano liquidi per mezzo dello specillo di Playfair o di qualunque altro strumento avvolto con cura in un sottile strato di bambagia in modo che questa non se ne stacchi (fig. 59). A meno che non si voglia estendere l' applicazione anche al collo, questo dev'essere protetto da una canula intrauterina (fig. 63), la quale impedisce pure che molta parte del liquido sia prosciugata per via, prima di raggiungere la cavità dell' utero, mentre in pari tempo esime dalla necessità di adoperare una tenta, se la cervice è alquanto pervia. Il D.r Atthill raccomanda una corta canula di platino, che s' introduce per mezzo d'una guida, e dopo ritirata la guida, la canula si tiene in sito con l' aiuto di una pinzetta. È meglio però aver la canula adattata ad un lungo manico. Fatta di vulcanite, risponde a tutti gli usi, ed è meno costosa di quella di platino. La posizione dell'inferma sia la semipronazione, lo speculum quello di Sims. Le sostanze medicamentose più utili sono: il liquore d' iodo, il linimento d' iodo, la tintura d' iodo satura, una soluzione di nitrato d' argento (65 cg. — 1,30 in 25 gm.) il liquore di solfito di ferro o di percloruro di ferro, acido fenico molto forte, o acido fenico e glicerina a parti uguali, acido nitrico concentrato. Di questi, nei casi ordinarii d' endometrite, i più efficaci sono l' acido fenico e la tintura d'iodo satura, mentre la soluzione di ferro può esser indicata, quando l' emorragia è il sintoma più cospicuo dell' affezione. La massima efficacia dell'acido nitrico si ha, quando vi è una profonda degenerazione della mucosa, indicata da una profusa emor-

ragia o dall'insuccesso degli altri rimedii adoperati a curarla. Per l'applicazione dell'acido nitrico si può adoperare uno specillo d'alluminio, di vulcanite o di platino avvolto in bambagia, come abbiam detto, ed inzuppato di acido.



Fig. 63. — Canula per medicatura intrauterina.

Un modo conveniente di fare una moderata applicazione di nitrato d'argento solido nell'interno dell'utero è quello di smaltarne, per così dire, la punta d'uno specillo uterino. L'estremo bulboso dello specillo prima si rende lievemente aspro, e dopo averlo poi riscaldato, s'immerge ripetutamente nel nitrato d'argento fuso in una capsula di platino o di porcellana.

Si può adoperare il nitrato di argento solido, oppure una delle punte di zinco coll'aiuto del porta-caustico di Simpson, introducendola nell'utero, e lasciando che vi si sciolga. Se non che, così adoperato, il nitrato d'argento può dar luogo ad un violento tenesmo uterino ed anche ad infiammazione. Tutti i solidi del resto riescono irritanti come corpi estranei, e d'altra parte rivestendosi dove più e dove meno di muco, la loro azione diventa ineguale.

Per mezzo di uno strumento analogo al porta-caustico di Simpson si possono introdurre nella cavità uterina anche degli unguenti, come quello di ioduro di mercurio o uno contenente iodoformio e vaselina (gm. 2,50 in 25,00). Il D.r Barnes raccomanda questo strumento anche per l'uso dell'acido nitrico, lasciando cadere poche gocce d'acido su d'una spugna che verrebbe adattata al tubo dello strumento. Anche l'iodoformio può esser adoperato coll'aiuto

d' uno strumento che abbia delle aperture laterali e terminali.

L' ultimo metodo, infine, di medicatura intrauterina, che ci resta a menzionare, è l' iniezione di liquidi, ed è il metodo più pericoloso. Il pericolo sta nella possibilità che il liquido, o per la forza con cui vien fatta l'iniezione, o, ciò ch'è più probabile, per contrazione spasmodica dell'utero, si faccia strada nelle trombe di Falloppio. La pruova di questo fatto è stata fornita dall'autopsia nei casi, in cui la iniezione di percloruro di ferro è stata immediatamente seguita da morte, tuttochè le trombe di Falloppio non si fossero trovate aperte più del normale. Il rischio non è interamente evitato coll' assicurare la completa dilatazione del collo (precauzione che non va mai negletta), poichè il collo ordinariamente si retrae dietro lo stimolo d' una sostanza astringente; e neppure si riesce ad evitarlo coll' aiuto di un catetere a doppia azione, poichè il tubo di ritorno può venire occluso da un grumo o da altro. È un fatto, però, che l' iniezione uterina non può essere messa da banda, poichè essa è imperiosamente reclamata ne' casi d'allarmante metrorragia, quando per mezzo d'un piumacciolo non si può introdurre la quantità necessaria d'emostatico, o quando per l'ingrandimento e l'irregolarita del cavo uterino il piumacciolo non può mettersi in contatto coi diversi punti della sua superficie. Il metodo più sicuro consiste nel servirsi d' un tubo piuttosto piccolo, non più grosso d'un catetere n.° 12, in modo che il collo, dopo completamente dilatato, non possa così presto addossarsi sul tubo, e nel fare l'iniezione per mezzo della pressione idrostatica, che si ottiene con un tubo elastico ed un imbuto, tenuto leggermente in alto. Quando il liquido da iniettare è di natura o in forma più mite, il pericolo è assai minore, e Schultze tributa i più alti encomii al metodo di curare l'endometrite con iniezioni di soluzione d'acido fenico al 2 p. 0|0, previa sempre la dilatazione del collo.

Nell' endometrite fungosa le prominenze villose possono esser distrutte, o con la pressione d' una tenta di spugna introdotta fino al fondo, o abradendole col cucchiaio, o infine causticandole fortemente con acido nitrico. Quest' ultimo ha la massima efficacia nel modificare la nutrizione della mucosa. Se l' orifizio non è completamente pervio, si comincia dall' adoperar la tenta, la quale serve anche da turacciolo provvisorio. Per ottenere la sua azione sulla mucosa, dev'esser lunga abbastanza da raggiungere il fondo, e raspata con carta vetrata, in guisa da renderla uniforme e leggermente conica, senz'alcuna sporgenza nel mezzo, come son quelle che comunemente si vendono (fig. 11). L' abrasoio disturba meno, e si può usarlo pel primo, se il collo è abbastanza ampio, e i sintomi non sono gravi.

Dismenorrea membranosa.

Etiologia ed Anatomia Patologica.—In connessione con l' endometrite può esser trattato il disordine, cui si dà il nome di dismenorrea membranosa, e che altri han chiamato endometrite esfoliativa, benchè sia tuttora oggetto di disputa, se la sua natura essenziale sia o no infiammatoria. Essa consiste nella espulsione durante il periodo mestruale, generalmente al secondo o terzo giorno, di una membrana, sia in pezzi, sia della forma più o meno completa dell' utero, la quale, esaminata al microscopio, mostra la struttura della mucosa uterina. Molte altre apparenti membrane possono essere espulse in un periodo mestruale, come fiocchi di fibrina, sfaldamenti della vagina o del collo dell'utero, muco coagulato dalle sostanze astringenti, ma tutti questi casi non hanno nulla di comune con quello di cui ci occupiamo. Il quale dev' esser distinto eziandio da'casi, in cui si verificano ripetuti aborti ad intervalli di poco più d'un mese, il che può dipendere da eccesso del flusso mestruale, o forse in alcuni casi da una fertilità imperfetta da parte del

marito. È così che alcuni pretendono spiegare tutti i casi di dismenorrea membranosa, ma è ad evidenza dimostrato, che il disordine così chiamato può verificarsi anche nelle vergini.

La dismenorrea membranosa consiste nella espulsione in pezzi, di maggiore o minor volume, della decidua mestruale, la quale dovrebbe invece esser disintegrata e venir via in piccoli frammenti. Questo può essere il risultato o d'un eccessivo accrescimento, o d'uno sfaldamento molto profondo, o infine di un carattere anormalmente fibroso della decidua, e la spiegazione vera è ancora di là da venire. Il disordine può esistere in qualunque grado o proporzione. Se si osservano al microscopio i frammenti di pretesi fiocchi stati espulsi nel caso di dismenorrea, è ben poco raro il non trovarvi pezzetti di membrana aventi la struttura cellulare della mucosa uterina, e mostranti anche de' canalicoli tubolari, che sono le aperture delle glandole spogliate del loro epitelio. Da questo grado si può arrivare a quello, in cui viene espulsa una grossa membrana avente la forma triangolare dell' utero, cogli orifizii corrispondenti alle trombe di Falloppio, e vi son gradi minori che possono sfuggire all' attenzione della stessa paziente. Nella grossa membrana espulsa si vede tutta la struttura della mucosa, cogli orifizii glandolari dilatati ed un' insolita proporzione di tessuto fibrillare fra le cellule. Talvolta v' è tutta una storia di pezzetti di membrana espulsi fin dal primo cominciamento della mestruazione, il che fa supporre che l' affezione possa dipendere da qualche peculiarità nella struttura della mucosa.

D'ordinario la dismenorrea membranosa si associa ad iperemia attiva e ad altri segni di endometrite e metrite croniche. Sovente v'è anche ipertrofia delle pareti muscolari, dovuta alla difficoltà nell'espulsione delle membrane. Il D.r John Williams ha sostenuto (1) che la patologia di quest' affezione risiede nel-

(1) « Obst. Trans. » vol. XIX.

la presenza di una quantità anormale di tessuto fibroso nelle pareti dell' utero, e che l'infiammazione, che ordinariamente l'accompagna, è secondaria alla irritazione prodotta da'frammenti di membrana. Però un eccesso di tessuto fibroso è assai comune come seguito di subinvoluzione con metrite cronica, senza produrre risultati simili alla dismenorrea membranosa. Pare invece più probabile che in questa esista una fibrillazione congenitamente eccessiva della mucosa uterina, e questo eccesso può essere aumentato ancora dall'endometrite cronica.

Sintomi ed esiti. — I sintomi della dismenorrea membranosa, a parte quelli dovuti all' iperemia o all'infiammazione che in generale sempre le si associano, consistono nel dolore e nel tenesmo provocati dall'espulsione della membrana. Quando l'affezione ha raggiunto un qualunque notevole grado, essa d' ordinario produce sterilità. È un' affezione delle più ostinate, e spesso perdura per molti anni.

Diagnosi. — A parte i casi, in cui i pezzi di membrana espulsi sono riconoscibili ad occhio nudo, e quando sono completi vi si posson vedere anche gli orifizii delle glandole uterine, in generale la diagnosi ha bisogno di essere confermata dall' esame microscopico. Se la membrana ha la struttura della mucosa uterina, resta solo a distinguere il caso da uno di aborto ripetuto. Il quale ultimo è caratterizzato dalla irregolarità negl'intervalli intermestruali, ma la prova più decisiva consiste nella temporanea separazione de'due coniugi.

Cura. — La prima indicazione è quella di assicurarsi un canale cervicale liberamente aperto, dritto e di dimensioni maggiori che non occorrano in un utero normale. Con questo mezzo si alleviano le angustie, e si menoma eziandio la tendenza della membrana a sostenere l'infiammazione mediante l'irritazione meccanica. In pari tempo si ricorre al bromuro, all' ergotina, agli assorbenti, ai purganti, al salasso locale, ecc., per combattere l'iperemia e la metrite. Per arrestare la tendenza alla formazione

delle membrane, i soli mezzi, dai quali sia lecito sperar qualche cosa, son quelli, che tendono a produrre un'alterazione profonda nella nutrizione della mucosa uterina. All'uopo si può tentare l'uso d'iodo, acido fenico, nitrato d'argento o acido nitrico, ma anche quest'ultimo è riuscito inefficace. Nell'ipotesi che l'affezione sia dovuta ad un'imperfetta evoluzione dell'utero, si è tentata la corrente galvanica, introducendo il reoforo nella cavità uterina, e s'è tentato pure il pessario galvanico ad asta, ma senza molto incoraggianti risultati. In alcuni casi ha giovato l'arsenico, il quale pare abbia un'azione elettiva e modificatrice sulla mucosa uterina. La gravidanza pare debba avere un'azione eminentemente modificatrice sulla mucosa uterina. In alcune forme leggiere io ho visto l'affezione apparentemente curata durante la gravidanza e dopo il parto, e poi è riapparsa dopo parecchi anni.

CAPITOLO VII.

NEOPLASMI DELL' UTERO.

Polipi mucosi e glandolari dell'utero.

Etiologia. — Come nell'endometrite cervicale una semplice glandola mucipara, essendone occluso l'orifizio, ben presto solleva la lasca mucosa sovrastante, diventando una piccola sporgenza o glandola Nabothiana, così questo stesso processo può essere esagerato. Una plica di mucosa contenente numerose glandole può entrare a far parte del processo, mentre ha luogo in pari tempo l'iperplasia dello stroma della mucosa, ed ecco formato un *polipo mucoso*. Un processo identico può aver luogo nelle glandole del corpo dell' utero, o in quelle vicine ai bordi dell' orifizio, oppure sulla superficie esterna del collo.

Anatomia Patologica. — I polipi mucosi variano generalmente di volume da quello di una testa di spillo a quello di una nocciuola, che raramente sorpassano. Essi son fatti da uno o più follicoli mucipari, con uno stroma molle e delicato di connettivo contenente molti nuclei, e lo stroma prevale sulla porzione glandolare. Essi per lo più sorgono nel canale cervicale, ed il peduncolo tende sempre ad allungarsi, fino a che il polipo non apparisca al difuori del collo. Talvolta hanno origine nella cavità dell'utero, e allora d'ordinario non arrivano fino al collo. Di questi spesso se ne trovano inaspettatamente alle autopsie. I polipi mucosi son coverti da una membrana sottile e molto vascolare, e sono

per lo più d'un colore vivace o rosso-cupo. Sia che sorgano dal collo, sia dal corpo dell' utero, essi di frequente sono multipli, e dopo estirpatone uno, se ne possono formare degli altri. Quando la proliferazione de'follicoli glandolari prevale su quella del tessuto cellulare, allora si hanno i *polipi glandolari*. De'quali v'ha due specie: 1° I « *polipi cistici* », fatti dalla dilatazione d'un singolo follicolo, che sorgono ordinariamente nel canale cervicale, sono sessili o quasi, non più grandi d'una ciliegia, e pochissimo consistenti, essendo ripieni di liquido mucoso. 2° I « *polipi cannellati* ». Questi sono d'ordinario attaccati alla porzione inferiore del canale cervicale o alla parte esterna del collo. Contengono delle cavità larghe ed irregolari, comunicanti l'una con l'altra, che si aprono sulla superficie spesso con larghe bocche. Son rivestiti d' epitelio cilindrico, e contengono anch'essi un liquido mucoso. La superficie può esserne rivestita d'epitelio cilindrico, o pavimentoso, se il polipo ha origine dalla parte interna del collo, oppure in parte da epitelio cilindrico ed in parte da epitelio pavimentoso. I polipi cannellati raggiungono un volume maggiore de'mucosi, e possono giungere ad avere un diametro di due pollici e più. Essi corrispondono all' « ipertrofia follicolare del collo » di Schroeder. Se raggiungono la vulva, possono venir ulcerati alla superficie. In alcuni casi una neoplasia papillomatosa proliferante spunta nelle cavità, e allora il tumore si approssima al tipo maligno.

Sintomi ed Esiti. — I piccoli polipi mucosi possono esistere senza dar luogo a sintoma di sorta, ma per lo più essi producono leucorrea, talvolta metrorragia o menorragia, occasionalmente dismenorrea ed altri sintomi dipendenti dall'iperemia. La emorragia talune volte è affatto sproporzionata al volume del polipo. Essa non è dovuta tanto al sangue che vien via dalla superficie del polipo, quanto all' iperemia che l' irritazione della sua presenza determina. Nell' istesso modo il polipo tende a so-

stenere ed accrescere l'iperplasia del collo, alla quale esso è associato fin dal suo sorgere. I sintomi sono maggiori, mentre il polipo è nell'interno del collo, che non quando protrude al difuori dell'orifizio. Volendo fare un paragone tra'polipi mucosi ordinarii ed i glandolari, si ha l'emorragia sintoma culminante ne'primi, la leucorrea negli altri.

Diagnosi. — I polipi mucosi piccoli, una volta che hanno oltrepassato l'orifizio, possono sfuggire alla ricognizione del dito per la loro estrema mollezza, ma si riconoscono facilmente coll' aiuto dello speculum. Quelli poi, che sono nell' interno del collo o della cavità uterina, vengono solo scoperti, allorquando si è dilatato il canale cervicale per esplorare e ricercare la causa dell'emorragia.

Cura. — I polipi mucosi piccoli e molli possono essere schiacciati con la pinzetta, e poi se ne tocca la base con percloruro di ferro, nitrato d' argento solido o acido nitrico. Quelli più grandi è meglio asportarli con lo schiacciatoio (fig. 67), le cui dimensioni siano proporzionate alla grandezza del polipo. È preferibile questo metodo a quello di esciderli colle forbici; poichè l'emorragia che segue all'escisione d' un polipo glandolare è relativamente maggiore di quella che si ha nell'escidere un polipo fibroso. Asportato il tumore, l'inferma resterà a a letto per un paio di giorni. Se si constata che de' polipi mucosi intrauterini son la causa di una emorragia, e non sono grandi abbastanza da poter adoperare lo schiacciatoio, essi possono venir distrutti o dalla pressione di una tenta di spugna, o dall'abrasoio, oppure, se occorre, dall'acido nitrico, come nel caso delle prominenze villose dell'endometrite fungosa.

Fibromi dell' Utero o Fibro-miomi.

Etiologia. — I fibromi sono una delle più comuni malattie uterine. Nella gran maggioranza de'casi la loro origine coincide col periodo della vita ses-

suale attiva. Nulla si sa di certo quanto alla causa, ma si può affermare che entro certi limiti essa risieda in una predisposizione ereditaria, e sono specialmente frequenti nella razza etiopica. Si può presumere che ogni causa d'iperemia dell'utero favorisca il loro sviluppo, e che ogni infiammazione localizzata possa essere il loro punto di partenza, come può anche esserlo il parto, l'aborto o altra causa. Le statistiche però, che riporta il D.r Emmet, tendono a dimostrare che tenuto conto del numero relativo di donne non maritate, di sterili e di fertili, le non maritate son soggette ai fibromi in una proporzione doppia relativamente alle altre, e le sterili alla lor volta vi van più soggette delle fertili. Egli ritiene che il pervertimento nutritivo tragga la sua origine da un dippiù di forza nervosa, che non è stato speso per la via naturale nei rapporti sessuali, nella gravidanza e nel parto, di guisa che anche il matrimonio senza concepimento è fino ad un certo punto una salvaguardia.

Anatomia Patologica. — Un fibroma, più correttamente detto mioma o fibro-mioma, è fatto da'costituenti del tessuto uterino normale, fibre muscolari involontarie, cioè, e tessuto connettivo in proporzioni più o meno varie, ma per lo più le fibre muscolari prevalgono. Esso è analogo a'tumori che spesso ingrossano la prostata nel sesso maschile. In moltissimi casi consiste in una o più masse arrotondate, separate dalle pareti uterine la mercè di una capsula di connettivo; ma può aversi continuità perfetta fra il tessuto del tumore e quello dell'utero, com'è specialmente nel caso de' tumori più molli e di più rapido sviluppo. Le fibre muscolari sono più grandi di quelle dell'utero allo stato di vacuità, ma più piccole di quelle dell'utero gravido, e d'altra parte ne' tumori più molli sono più grandi che non in quelli incapsulati. Fatta una sezione di un tumore incapsulato, la superficie del taglio è compatta, pochissimo vascolarizzata, e lucente. Le dimensioni posson variare da quelle che posson di-

scernersi solo col microscopio a quelle di una testa di feto. D'ordinario i vasi penetrano nel tumore nel punto di continuità colla parete dell'utero. Le arterie sono comparativamente piccole, benchè qualche volta avvenga l' opposto. Questi tumori incapsulati sono più spesso multipli che singoli, ed un utero può ospitarne fino a venti ed anche più. Alcune volte parecchie masse fibrose sono comprese in una sola capsula, e allora si ha un tumore conglomerato dalla superficie irregolare e lobulare. Ciascuna di queste masse poi per la mutua pressione perde la forma più o meno sferoidale. Nelle altre meno comuni varietà di fibromi non incapsulati, il tessuto può esser lasco ed infiltrarsi di siero, di guisa che allora si ha una massa fluttuante e semiliquida al tatto. Le fibre, distaccandosi le une dalle altre, lasciano spazii che si riempiono di liquido, e per tal modo si formano i tumori fibro-cistici. Le cisti però non hanno parete propria, e gli spazii cistici sono d'ordinario intersecati da trabecole di tessuto cellulare.

Varietà. — Lo sviluppo di un fibroma comincia nella sostanza della parete uterina, ma per effetto della contrazione muscolare, esso è soggetto ad essere spinto o verso l'esterno o verso l'interno, a seconda del punto donde ha origine. Vi sono quindi quattro varietà di fibromi, che van chiamati *sottoperitoneali* o *sottosierosi* quando sporgono dall' esterno dell'utero, siano o no peduncolati; si dicono poi *interstiziali*, *intramurali* o *intraparietali*, quando sporgono nella massa della parete uterina; *sottomucosi*, se sporgono all'interno, e finalmente prendono il nome di *polipi fibrosi*, quando protrudono completamente sulla superficie interna, rimanendovi attaccati solo per mezzo del peduncolo. D'ordinario l'utero diviene ipertrofico, e la sua cavità è ingrandita, ma talvolta non avviene lo stesso in caso di fibromi sottoperitoneali, e l' utero può essere anche atrofico. I fibromi sottoperitoneali assai di frequente sono multipli, e possono coesistere parecchie varietà. I fibromi sottomucosi o interstiziali rendono

la cavità uterina più o meno irregolare. Fibromi posson sorgere nel collo, ma molto più raramente che non nel corpo dell'utero. I piccoli fibromi, che han sede nella parete anteriore del fondo, tendono a produrre anteflessione, e retroflessione quelli allogati nella parete posteriore. Le varietà più molli di fibromi, specie quando un'emorragia uterina n'è il sintoma principale, spesso subiscono un graduale aumento di volume prima della ricorrenza mestruale, con un massimo precedente immediatamente il flusso, o ne'primi due giorni dacchè è cominciato, e poi diminuisce nuovamente.

Oltre alla classifica accennata di fibromi, in riguardo alla loro sede, possono esser divisi in tre classi in quanto a natura. La prima comprende i fibromi incapsulati, quasi sempre duri e per lo più multipli; la seconda i non incapsulati, d'ordinario molli ed elastici, con liquido negl'interstizii, generalmente singoli, che ingrandiscono l'utero uniformemente, benchè, sviluppandosi rapidamente, possan produrre delle sporgenze irregolari all'esterno dell'organo; alla terza finalmente appartengono i fibromi cistici, i quali rappresentano uno sviluppo ulteriore dell'ultima varietà.

Non di rado si trovano attaccate al collo delle escrescenze polipose, il cui tessuto rassomiglia a quello del collo, di cui è continuazione, e non sono incapsulate. Qualche altra volta tutto un labbro del collo diventa allungato a forma di polipo, il che d'ordinario deriva da lacerazioni del collo avvenute durante il travaglio del parto. In tal caso ne consegue l'iperplasia, specialmente del tessuto interposto, il quale più tardi può esser ristretto alla sua base, ed assumere così l'aspetto d'un polipo. Son questi i polipi che si associano sovente al prolasso, e che il D.r Barnes chiama « polipi ipertrofici ».

Sintomi ed Esiti. — Il sintoma culminante de'fibromi, che ingrandiscono la cavità uterina, o vi sporgono — de'sottomucosi, cioè, e di molti fra gl'interstiziali — è la menorragia. La quale dipende in par-

te dall'aumentata superficie, ed in parte dall'iperemia attiva della mucosa, determinata dall'irritazione della neoplasia, e dall'iperemia passiva, che può esser determinata dalla pressione. In alcuni casi l'emorragia acquista la forma di menorragia, e proviene in massima parte dalla mucosa generale che riveste la cavità uterina ingrandita, ma può anche prendervi parte la mucosa che ricovre il tumore. Dalla stessa iperemia trae origine la leucorrea, e spesso anche la dismenorrea congestiva. Se l'apertura d' uscita della cavità uterina è ostruita, come spesso accade, da fibromi sottomucosi, può aversi anche dismenorrea ostruttiva, e spesso pure endometrite per l'irritazione prodotta da sostanze ritenute. Il peso aumentato dell'utero e l'iperemia producono un dolore lacerante abbastanza intenso, che le contrazioni dell'utero, eccitate dalla presenza del tumore, rendon talvolta spasmodico. I fibromi, che tendono a produrre flessione, possono anche dar luogo a dismenorrea, endometrite, iperemia e a tutto quello che da simili condizioni può risultare.

Gli altri sintomi de' fibromi son dovuti alla compressione, e questi sono spesso i soli sintomi de' fibromi sottoperitoneali. Il tenesmo vescicale e rettale è comune, e alle volte la pressione diretta può dar luogo a ritenzione d'urina ed a stitichezza estrema. In taluni casi questo avviene, solo quando il tumore si tumefà, o proprio quando è imminente la ricorrenza mestruale. Questi sintomi hanno specialmente un carattere di gravità quando un tumore, che si sviluppa dalla parete uterina posteriore, è incarcerato nella pelvi. La sterilità ne è un risultato comune, massime se si tratta di tumore sottomucoso, e avvenendo la gravidanza è ben facile che si verifichi il parto prematuro, e che al parto tenga dietro l'emorragia. Un fibroma nella pelvi può rendere il parto estremamente difficile. Però i fibromi sottoperitoneali, quando sono moderatamente voluminosi, e non ostruiscono il canale pelvico, possono non ostacolare il naturale progresso della gravidanza ed

il parto. Quando poi il tumore raggiunga un enorme volume, come facilmente accade ne'fibromi molli o ne'fibro-cistici, allora la circolazione, la respirazione e le altre funzioni vitali possono venirne menomate, com'è il caso de'grossi tumori ovarici. In generale i fibromi voluminosi rimangono per lungo tempo senza contrarre aderenze, ma possono eventualmente determinare un qualche grado di peritonite, e aderire quindi agli organi circostanti.

Esiti naturali. – In moltissimi casi lo sviluppo di un fibroma è lento, e dopo un certo tempo divien talmente limitato, che si può avere un grosso tumore sorto da molti anni senza gravi conseguenze. In generale dopo la menopausa lo sviluppo de'fibromi diminuisce, o si arresta, e non di rado le dimensioni tendono a divenirne minori. A questa, però, che sarebbe la regola, vi sono molte eccezioni, specie nei casi di fibromi non incapsulati, molli e voluminosi, come ne'casi di fibromi cistici, i quali, anche dopo la menopausa, posson continuare non disturbati il loro sviluppo. È stato occasionalmente ricordato qualche caso di diminuzione estrema o anche di completa sparizione spontanea di fibromi, come conseguenza d'involuzione dopo il parto. Un polipo fibroso può casualmente distaccarsi spontaneamente e venir fuori. Un fibroma sottoperitoneale peduncolato può essere d'un tratto separato dall'utero per una forza di trazione, se è aderente ad altri organi, oppure rimanere completamente mobile nel cavo peritoneale, senza subire decomposizione. Un fibroma sottomucoso, massime in seguito ad intervento chirurgico, può andar soggetto a gangrena. Se l'inferma sopravvive al pericolo della setticoemia, può esser per tal modo liberata dal tumore, il cui tessuto disfatto si espelle in frammenti dalla vagina. Gran parte di quest'esito è dovuta ad insufficiente vascolarizzazione, benchè talvolta possa esserne iniziatrice l'infiammazione. I fibromi incapsulati subiscono talvolta la degenerazione grassa o calcare, e la massa calcificata è stata in qualche caso distaccata

ed espulsa. Gran parte de'fibromi non hanno caratteri letali, benchè possa avvenire la morte per setticoemia, emorragia, esaurimento, e più raramente per l'enorme volume del tumore. La morte non solo può avvenire per esaurimento senz'alcuna immediata emorragia, ma anche per accidenti secondarii, come trombosi ed embolismo. Anche un tumore non troppo grosso, capitato nella pelvi, può far pressione sugli ureteri, ledere od infiammare i reni e produrre la morte per uremia. In alcuni casi la presenza d'un tumore è bastata a determinare una peritonite mortale. Se un fibroma sottomucoso o un polipo, espulso attraverso l'orifizio uterino, s'incarcera nella pelvi, gli stessi effetti della pressione, oppure l'assorbimento di sostanza settica possono produrre la morte. Nella sostanza di fibromi molli o cistici può avvenire versamento di sangue o possono formarsi degli ascessi, e sì l'uno che gli altri produrre un risultato fatale. La massa d'un fibroma può esser invasa dalla diffusione d'un cancro, e si può avere, benchè assai raramente, la degenerazione carcinomatosa del fibroma. È stato anche ricordato un caso, in cui si trovarono in altri organi depositi metastatici contenenti fibre muscolari involontarie, ma questo è pure estremamente raro. In ultimo un fibroma molle può insinuarsi fra gli strati del legamento largo in tale estensione da produrre la morte, ma senza alcun mutamento nel carattere istologico del suo tessuto.

Diagnosi. — I contorni de' piccoli fibromi sottoperitoneali posson rilevarsi coll'esame bimanuale, e d'ordinario si constatano attaccati all'utero, di cui seguono i movimenti. Se col riscontro vaginale si raggiunge un fibroma, ed il volume n'è pressocchè uguale a quello d'un utero normale, la sonda basterà a distinguere tra il fibroma e l'utero. Se un fibroma ha sede nella parete anteriore o posteriore dell'utero, dando luogo a flessione, se ne rileverà la prominenza, anche quando l'utero è stato messo a posto, o se n'è corretta la flessione mediante la sonda. Quando

però un fibroma ha contratto aderenze nella pelvi, che lo mantengono fisso, la diagnosi allora è più difficile, poichè non si può rilevarne i rapporti coll'utero. La distinzione d' un fibroma da un tumore ovarico è fornita dalla sua durezza; e finalmente tenendo conto de' suoi contorni arrotondati e dei suoi rapporti coll'utero, si può distinguere il fibroma da una tumefazione dovuta ad ematocele, a peritonite, ecc.

Se l'ingrandimento dell' utero dovuto alla presenza d'un fibroma è uniforme esternamente, la durezza maggiore del tumore lo fa distinguere da un principio di gravidanza, e insieme alla durezza la forma meno globosa, la consistenza meno variabile, l' assenza di qualunque rammollimento del collo, e la coesistenza infine, non di amenorrea, ma invece per lo più di emorragia. Nella gravidanza molare, o nella ritenzione d'un uovo morto queste distinzioni possono venir meno, e anche l'anamnesi può alimentare l' incertezza; in casi somiglianti la sonda rileverà la presenza di qualche cosa nell'utero, e la dilatazione del collo poi leverà ogni dubbio.

Per distinguere un fibroma dalla subinvoluzione o dall' iperplasia, bisogna dilatare il collo ed introdurre il dito nella cavità uterina, per veder di constatare il carattere locale dell'ingrandimento. Quando però la cavità dell' utero è allungata fino a più che quattro pollici, mettendo da banda la gravidanza, è probabile che si tratti di un fibroma, ma la diagnosi è confermata, se la sonda troverà la cavità uterina storta e spostata lateralmente al centro della massa dell' utero. I grossi fibromi si distinguono facilmente dai tumori ovarici solidi, perchè i fibromi formano una massa col collo, si muovono con esso, e la cavità dell' utero è molto allungata. Se non che la distorsione della cavità uterina può impedire il passaggio della sonda, mentre nel caso d' un tumore ovarico la cavità dell'utero intimamente connessa col tumore può esser allungata fino a cinque pollici. Il carattere della molteplicità

e i contorni duri, irregolari, nodosi lasciano spesso distinguere i grossi fibromi sottoperitoneali. Anche a non esser multiplo, l' esser solido e duro, lo fa giudicare un tumore uterino. L'attacco alla metà anteriore o a quella posteriore dell'utero può esser rilevato per la vagina o pel retto, combinando il riscontro coll'esame bimanuale (v. p. 15), specie se il collo è tirato in basso. Finalmente i tumori uterini rimangon più lungo tempo che non gli ovarici liberi da aderenze.

I fibromi molli o *cistici* sovente son difficili a distinguersi dai tumori delle ovaie, e solo si sa che il loro sviluppo è più lento. Quando poi essi ingrandiscono tutto quanto l' utero, allora la sonda risolverà la questione. Ne' fibromi cistici sottoperitoneali la fluttuazione distinta è generalmente limitata a certe regioni, mentre il resto del tumore è semifluttuante. Facendo una puntura esploratrice nei casi dubbii, l' esame del liquido rimuoverà il dubbio. Però nel caso d' un tumore vascolare, la puntura può riuscire più pericolosa d'un'incisione esploratrice. Il liquido contenuto nei fibromi cistici è d'ordinario limpido, giallognolo, deposita spontaneamente un coagulo di fibrina, contiene albumina ma non paralbumina, e sotto al microscopio vi si trovano leucòciti o cellule fusiformi, ma non le cellule granulose del liquido d'un tumore ovarico. In taluni casi il liquido può essere striato di sangue o purulento. Su'caratteri del liquido ovarico, v. Cistomi Ovarici. Talvolta è impossibile distinguere con certezza un tumore ovarico da uno uterino, a meno di non ricorrere all'incisione esploratrice, in seguito alla quale il colore rosso cupo del tumore uterino lo distingue da quello ovarico più pallido, oppure con una tinta bluastra.

Diagnosi de' Polipi Fibrosi.—Bisogna sempre guardarsi dallo scambiare un polipo con un utero in inversione, e all' uopo i criterii li abbiamo già dati a pag. 139. Prima di estirpare il polipo, bisogna completare la diagnosi, assicurandosi che la sonda

può passare lateralmente al peduncolo, fino, o anche più in là della lunghezza normale. Si può incontrare difficoltà, se il polipo è divenuto aderente a parte o a tutto il margine dell' orifizio, ma vi sarà sempre un qualche punto per dove con dolce pressione si può far passare la sonda. Un cancro polipiforme si distingue dal polipo per il peduncolo liscio, di cui si può seguire la traccia fin dentro il collo, per la superficie liscia, benchè in alcune parti possa esser ulcerata, e perchè sanguina facilmente ad ogni piccolo urto. Porzioni d'un uovo ritenuto, fiocchi di sostanze albuminoidi nell' interno dell' utero, o anche appariscenti attraverso l' orifizio, possono simulare un polipo, del pari che un pezzo di placenta ritenuto e più o meno in comunione coll'utero ha ricevuto il nome di *polipo placentare*. I dati anamnestici, e la facilità, con cui possono esser rimossi col dito o coll'abrasoio, son sufficienti a farli distinguere.

Cura.—Nella gran maggioranza de' casi una cura palliativa dà all' inferma il tempo di raggiungere l'epoca della menopausa, nella quale per lo più i sintomi rimettono non poco della loro gravezza, tuttocchè però lo stato patologico dipendente dallo stesso tumore spesso differisca di parecchi anni l'epoca della menopausa. Si eviti quanto è possibile tutto ciò che potrebbe favorire il determinarsi d' un' iperemia attiva o passiva, e se l' inferma non è maritata, ed il tumore ha notevoli dimensioni, oppure dà luogo a sintomi d'entità, si sconsigli il matrimonio. Alle maritate poi si deve far capire il danno che potrebbe arrecare il coito, quando v' è molta disposizione all' emorragia, ed in tutti i casi si raccomanderebbe una grande vigilanza nelle ricorrenze mestruali. La dieta sia piuttosto parca, e l'uso degli alcoolici molto limitato.

Lo scopo che debbonsi proporre i rimedii interni consiste nell'alleviare i sintomi dell'emorragia e della leucorrea, ed arrestare, s'è possibile, lo sviluppo del tumore o diminuirne il volume. I farmaci che sono i più efficaci nel conseguire il primo intento, meno-

mando l'iperemia tendono altresì al conseguimento del secondo, benchè solo in casi eccezionali una notevole diminuzione del tumore sia sperabile. Tra' rimedii più utili occupa il primo posto l'ergotina, e immediatamente ad essa seguono il bromuro ed il ioduro di potassio. Il bromuro è tollerato più a lungo del ioduro. Si può unire con vantaggio al bromuro di potassio dosi d'un grammo di estratto liquido d'ergotina, ma la massima efficacia l'ergotina la spiega, quando è amministrata per iniezioni ipodermiche, secondo la pratica d'Hildebrandt, ed in alcuni casi si può così ottenere una diminuzione del volume del tumore, mentre in pari tempo è più o meno frenata l'emorragia. Le migliori formole per amministrare l'ergotina sono l'acido sclerotico alla dose di mezzo granello o più, l'estratto acquoso di segala a minime dosi diluito in ugual quantità d'acqua, ch' è la formola raccomandata dal D.r Atthill; l'ergotinina alla dose d'un centesimo di granello, e l'ergotina di Bonjean, anche a minime dosi, insieme ad altrettanta acqua. Possono usarsi per le iniezioni ipodermiche i dischi d'ergotina confezionati da Savory e Moore, impiegandone due o tre per volta, e questo preparato pare che sia il meno irritante. V'è però un grande inconveniente nell'amministrare l'ergotina per la via ipodermica, ed è l'ascesso che può formarsi nel sito della puntura, oltre di che tutti i preparati possono produrre un certo induramento ed arrossimento locale. Tutte le soluzioni debbono essere preparate di fresco. L'ergotina pare torni più efficace se iniettata in vicinanza dell'utero, ed iniettandola profondamente nella massa de' muscoli glutei la formazione dell'ascesso è meno facile. Nella formola d'Hildebrandt v'è anche la glicerina, la cui presenza pare che aumenti l'irritazione locale. L'iniezione può farsi ogni due giorni. Non si trascuri però di avvertire la paziente del maggior dolore che dovrà sentire, poichè l'ergotina comunque amministrata, ma specialmente per iniezione, aumenta il dolore prodotto dal tenesmo uterino. Su'fibromi sotto peri-

toneali l'ergotina ha minor influenza che non su quelli ricoverti dalla parete dell'utero. Il massimo poi della sua azione lo spiega sulle varietà più molli di fibromi, ne' quali più facilmente determina una diminuzione di volume.

Occasionalmente si è anche avuta una riduzione del volume del fibroma coll' uso de' bagni o di compresse bagnate di bromuro o di ioduro, amministrando acqua internamente, ma d'ordinario un simile trattamento pare sia solo servito a mitigare i sintomi. Le acque di Kreuznach o di Woodhall Spa sono le più raccomandate.

In caso di allarmante emorragia, il miglior tampone è una tenta di spugna, la quale produce anche un durevole effetto dilatando il collo. La prima indicazione, in caso di persistente emorragia, è la dilatazione cervicale, la quale è un preliminare necessario quando si deve ricorrere ad altri mezzi, e spesso può avere per se stessa una influenza importante. Il suo meccanismo d' azione non si spiega completamente, ma tra gli effetti che produce v' è quello d' impedire ritenzione di sangue o d' altro, e menomare la tensione, aiutando talvolta l' utero a far protrudere il tumore. Pare inoltre che vi sia tale relazione nervosa tra il collo ed il corpo dell'utero, che la dilatazione del collo tende a produrre la contrazione del corpo, nella stessa maniera che la forza espulsiva del corpo si associa ad un rilasciamento fisiologico del collo. La dilatazione può praticarsi con le tente di laminaria, introducendone quante è possibile addossate l' una all' altra, oppure per mezzo d' incisione. È preferibile l' incisione se un labbro del collo si espande sulla superficie d'un tumore che si sviluppa dall' altro lato. Essa può anche praticarsi, nel caso che la dilatazione produca solo un beneficio temporaneo. Dilatato il collo, si applicano gli emostatici per arrestare l'emorragia, o per mezzo di piumacciuoli, o, non riuscendo con questi, perchè la cavità uterina è tortuosa, per mezzo d'iniezioni. Si può iniettare la tintura d' iodo puro o in una o due

parti d'acqua, oppure una soluzione di percloruro o di solfato di ferro. Per le precauzioni necessarie vedi pag. 213. In caso d'emorragia ricorrente, fallendo i mezzi più miti, si può tentare l'acido nitrico concentrato.

Occorrendo mezzi più decisamente efficaci, la prima cosa a fare, dopo dilatato completamente il collo, nel caso d'un tumore interstiziale o in gran parte attaccato alla parete uterina, è d'incidere longitudinalmente il tumore, e inciderlo abbastanza profondamente in modo da dividerne in due la capsula. L'incisione può esser fatta col metrotomo di Sims (fig. 17). Questo permette il retrarsi della mucosa, e quindi diminuisce l'emorragia dalla superficie d'essa, mentre se in seguito si amministra persistentemente l'ergotina, l'utero può compiere la protrusione del tumore attraverso la fatta incisione.

Quando si ha che fare con un tumore interstiziale, o il cui attacco all'utero è molto esteso, l'*enucleazione* è una delle più pericolose operazioni chirurgiche. I casi più favorevoli per eseguire quest'operazione son quelli di tumori, che hanno tendenza a divenire peduncolati, in modo che la superficie d'attacco è minore del maggior diametro del tumore; ma v'è sempre il pericolo di setticoemia e di peritonite, e non bisogna intraprenderla se non quando l'urgenza del caso la richieda, e tutti gli altri mezzi son riusciti inefficaci. È condizione però indispensabile che il tumore sia coverto da uno strato abbastanza spesso di parete uterina, in modo che l'enucleazione possa farsi senza rischio di aprire la cavità peritoneale.

Ove la vagina non sia sufficientemente ampia, la si dilata in modo che, occorrendo, possa lasciar passare tutta la mano. Il collo anche dev'esser completamente dilatato fin da principio, e più tardi, essendo necessario, si può dilatarlo co' dilatatori idrostatici (p. 33). Un assistente allora spinge l'utero in basso, e si fa un'incisione attorno alla base del tumore, se si è potuto raggiungerlo, in guisa da separare la

mucosa che copre il tumore da quella della parete uterina, e dividerne in due la capsula, se esiste. Il migliore strumento per quest' operazione è il cucchiaio a sega di Thomas (fig. 64), ma si possono adoperare delle lunghe forbici, se v'è spazio abbastanza per poterle situare. Indi si fissa nella massa del tumore una robusta pinzetta a tanaglia, e si fa trazione su di essa, mentre colle punte delle dita si cerca quanto è possibile di separarne la base dalla parete dell' utero. Se s'incontrano lacinie di tessuto molto forti per esser separate, si dividono col cucchiaio a sega. Non si deve cominciare l'operazione se non si ha ragione di credere che il tumore possa essere enucleato. Se è solo parzialmente separato dalla parete uterina, può avvenire che l'inferma corra il rischio d'un'infezione settica, per pestamento, rischio in questo caso maggiore di quello che non si corra nell'ovariotomia (p. 236), o anche nell' isterotomia.



Fig. 64. — Cucchiaio a sega di Thomas.

L' incertezza ch'esiste, quanto alla parte di parete uterina che covre un tumore, rende generalmente preferibile il differire qualunque processo operativo, fino a che non siano evidenti gli sforzi dell'utero per espellere il tumore, osservando che una porzione d'esso già apparisce all'orifizio, e che comincia una certa dilatazione spontanea. Per casi somiglianti v'è un altro metodo, messo in pratica e specialmente raccomandato dal D.r Emmet, che deve aver

la preferenza quando può esser eseguito, e che è massimamente indicato ne'casi di tumori piuttosto grossi. L' agente principale in questo metodo è rappresentato dalla forza di trazione esercitata sulla neoplasia, la quale ha per conseguenza l' eccitare la contrazione dell'utero. Coll'aiuto della trazione la superficie d' attacco del tumore viene ad esser gradatamente stirata e ristretta alla forma d'un peduncolo. Si comincia coll'amministrare all' inferma una dose d' ergotina e col dilatare completamente l' orifizio. Allora si fissa una robusta pinzetta a tenacolo nella parte del tumore che si presenta, e si fa forte trazione su di esso, continuandola per qualche tempo. Allora il tumore vien tagliato colle forbici curve quanto più in alto è possibile, tagliando successivamente le rimanenti porzioni a misura che diventano accessibili. Se si può raggiungere la linea d' attacco del tumore, è meglio farne la separazione col cucchiaio a sega anzichè colle forbici, massime se v'e molta tendenza ad emorragia. Le forti contrazioni dell' utero rendono in molti casi l' emorragia di pochissimo rilievo. Però può esser necessario praticare l' allacciatura del tumore, il che si ottiene colle canule di Gooch. Asportato il tumore mercè la trazione dell'allacciatura, si facciano nell'utero iniezioni d'acqua calda prima e di tintura d'iodo poi per arrestare l'emorragia. Bisogna aver molta cura di non produrre inversione dell'utero e quindi correre il rischio di perforare la parte invertita.

Nel caso d'un fibroma che non si possa asportare v' è un altro metodo consistente nel promuovere un processo di disfacimento nel tumore, che può essere seguito da un' enucleazione spontanea attraverso l'apertura artificiale. Si esegue causticando il tumore o col caustico attuale, o colla galvano-caustica in modo da formarvi una cavità. Questo metodo è stato sperimentato con successo dal D.r Greenhalgh, e può essere applicabile a' tumori, che han sede nella parete del collo.

Se il tumore è tanto prossimo alla forma pedun-

colata, che si può circondarlo con un filo, il miglior mezzo per enuclearlo è lo schiacciatoio, il cui filo dev'essere d' acciaio e piuttosto grosso. Lo schiacciatoio dev'esser inoltre abbastanza forte esso stesso, in modo da non piegarsi. Il filo dello schiacciatoio non dev' esser troppo rigido, e bisogna averne un altro di riserva, in caso che il primo si rompa.

Invece dello schiacciatoio ordinario, si può adoperare quello galvanico, ma il filo di platino più pieghevole è di maneggio più difficile. Inoltre le batterie impiegate sogliono raramente essere di tal forza da riscaldare il filo quanto occorre per tagliare un grosso tumore, massime quando questo è in contatto con tessuti umidi, e, se il filo non è riscaldato abbastanza, facilmente si rompe.

Accade talvolta che un ben grosso tumore protruda nella vagina, in virtù della contrazione dell' utero, oppure arrivi ad apparire nella vulva. La superficie d'attacco può rimanere tuttora estesa, ed è generalmente impossibile, dopo la retrazione dell' orifizio, determinare le sue dimensioni per mezzo della sonda. Talvolta non è neppur possibile raggiungere alcun punto del margine dell' orifizio dilatato. Uno stato simile si distingue dall' inversione dell' utero per la massa voluminosa che si osserva nella vagina e per la facile ricognizione del fondo nella sua direzione normale, benchè trasportato in alto dalla pressione. Le funzioni della vescica e del retto sono ostacolate, e se la pelvi è completamente riempita, si possono aver sintomi analoghi a quelli, cui dà luogo l'impegno della testa del feto nel parto. In ogni caso l'inferma è esposta al rischio della setticoemia in seguito a scontinuità nella massa del tumore. Anche in questo caso il tumore può essere asportato per mezzo dello schiacciatoio.

Quando un tumore, che non può esser asportato per la vagina senza grave rischio, produce tale emorragia da minacciare la vita, una sola risorsa rimane, ed è la gastrotomia, e propriamente l'operazione di *ovariotomia*. Lo scopo di questa operazione è di pro-

durre artificialmente la menopausa, ed in molti casi esso è stato raggiunto. Alcune volte l'emorragia ha più o meno persistito per un certo tempo, ma è stata più accessibile di prima all'azione del freddo o degli altri mezzi emostatici, i quali dopo la menopausa possono liberamente usarsi senza pericolo di arrestare la funzione mestruale. L' operazione dev' essere eseguita come l'ovariotomia, col metodo antisettico alla Lister nella sua più completa estensione. Se si arresta la mestruazione, i fibromi generalmente s' impiccoliscono. Ma in alcuni casi la mestruazione ha continuato dopo l'operazione, e lo sviluppo del tumore non è stato affatto ostacolato. Pare che se si lascia qualunque porzione del tessuto dell'ovaia, la sua vitalità non è distrutta, e quindi l' ovulazione continua. I fibromi che possono continuare a svilupparsi dopo avvenuta la menopausa, e che sono i non incapsulati, i molli ed i cistici, possono anche facilmente non esser influenzati dall'ovariotomia. Lawson Tait sostiene essere della massima importanza rimuovere le trombe di Falloppio, piuttosto che le ovaie. Egli ritiene che la funzione mestruale è sotto il controllo di centri nervosi non per anco descritti, i quali sono in rapporto colle trombe falloppiane, ed assevera per conto suo che asportando le trombe senza le ovaie si arresta la mestruazione. Altri credono che il maggior effetto dell'asportazione delle trombe, del pari che delle ovaie, è dovuto alla profondità maggiore delle allacciature ne' legamenti larghi, il che produce la recisione di alcune arterie uterine.

Nella statistica dell'ovariotomia compilata dal D.r Battey la mortalità era di 13 in 46, cioè del 28, 2 per cento. È a sperarsi però che in avvenire, e la mercè di valenti specialisti, i risultati saranno di gran lunga migliori, poichè Thornton riporta una serie di 15 operazioni senz'alcuna morte.

I fibromi sottoperitoneali non possono essere asportati se non aprendo l' addome; ma siccome essi sono d'ordinario comparativamente innocui, così l'operazione non dev' esser messa in campo, se non

quando per l' aumento del loro volume essi minacciano direttamente la vita, o ne ostacolano le necessarie funzioni. I fibromi cistici son piú facilmente soggetti a simile incremento. Altre volte l' operazione è indicata, quando il tumore ha determinato la comparsa dell' ascite. Ove mai il fibroma abbia un piccolo peduncolo, e sia libero da aderenze importanti, può esser asportato con rischio relativamente minore di quello, che accompagna l' ovariotomia, ma spesso non è possibile constatare l'estensione della sua superficie di attacco. L'operazione si esegue come l' ovariotomia, allacciando il peduncolo o i peduncoli con seta fenicata. Pe'casi, in cui la superficie d' attacco è vasta, il metodo dell'allacciatura non è stato trovato vantaggioso, come nel caso del peduncolo d' un tumore ovarico. Il maggior rischio risiede nella possibilità che dopo un certo tempo si retragga il tessuto, quindi allentandosi l'allacciatura può prodursi l'emorragia. Un altro svantaggio è, che vien lasciata una superficie piuttosto vasta, alla quale posson aderire le intestina, ed aversi quindi la poco lieta probabilità di un'occlusione intestinale. Di guisa che, se il pedun-

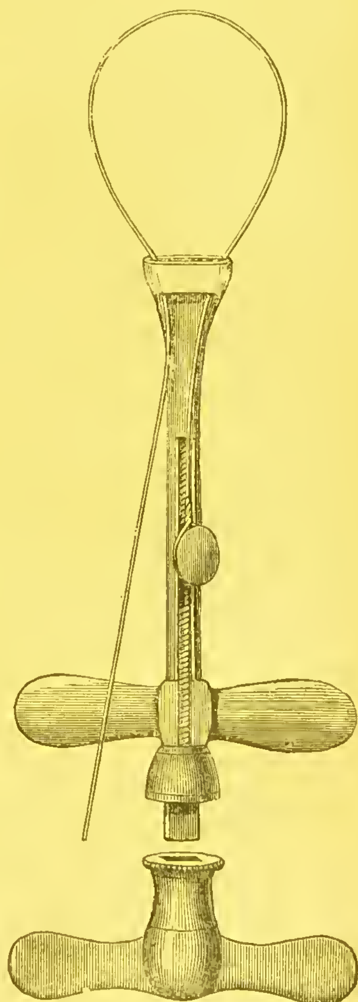


Fig. 65.
Stringi-nodo di Koeberle.

colo è grosso, molle, vascoloso, è metodo più sicuro quello di tirarlo verso l'angolo inferiore della ferita per mezzo dello stringi-nodo di Koeberle, sempre che la trazione così esercitata non sia eccessiva. Il filo di ferro dello strumento dev'esser grosso e non rigido, in modo che non possa tagliare il tessuto. Lo si situa intorno al collo del tumore, fissandone i due capi al bottone dello strumento. Allora si gira la vite fino a stringere quanto basta per impedire l'emorragia. Dopo asportato il tumore, si può stringere un poco più il nodo, e se in capo a qualche tempo per retrazione del tessuto si verifica un'emorragia secondaria, uno lo due giri di vite finiranno sempre per arrestarla. Si passano attraverso il moncone immediatamente al di sopra del filo del serra-nodo due lunghi spilli d'acciaio, con guardie alle punte (fig. 66), per fissarlo nella ferita. Se si adotta il metodo di lasciare il peduncolo tra le lamine del peritoneo, è bene tagliare il tumore mercè un taglio a forma di V, in modo che i margini del peritoneo possano unirsi per mezzo di suture fatte con seta fenicata, al disopra delle allacciature fatte intorno al collo del tumore. In casi di fibromi duri, incapsulati è stato alcune volte possibile enuclearli dalla superficie esterna dell'utero senza tale emorragia da richiedere allacciature.

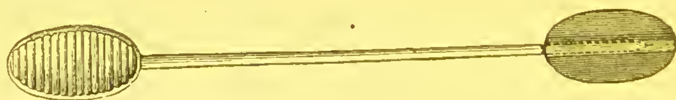


Fig. 66. — Spillo colle guardie alle punte.

L'*isterotomia*, o l'asportazione di tutto l'utero, col taglio addominale, quando è ingrandito da un fibroma, è faccenda di ben più grave momento, e nella maggioranza de'casi il risultato finora è stato fatale, quantunque Pean abbia riportato nel 1877 una statistica di 31 casi, con 21 guarigioni. È possibile però che progressi ulteriori in simili opera-

zioni rendano i risultati molto migliori. Spencer Wells riporta 15 morte di 24 operate senza vapori fenicati, e di 10 operate coi vapori d'acqua fenicata ne ha perdute soltanto tre. Bantock, senza vapori fenicati, riporta 22 isterotomie con 2 soltanto seguite da morte col metodo del peduncolo estraperitoneale, e quattro altre tutte fatali col moncone intraperitoneale. Thornton di 12 ne ha perdute 5, ma il risultato non è stato mai letale, quando è stato possibile il metodo del moncone estraperitoneale. Il gran pericolo risiede nel volume e nella vascolarità del moncone formato dal collo e da' legamenti larghi, quindi nella consecutiva emorragia primitiva o secondaria. Secondo è stata eseguita fin adesso l'operazione, è condizione essenziale della sua buona riuscita che buona parte del collo sia indipendente dal tumore, per esser convertita in un moncone. Adottando il metodo del moncone intraperitoneale, v'è il pericolo che un' infezione settica raggiunga il peritoneo dalla vagina attraverso il canale cervicale, poichè le legature inevitabilmente si rallentano dopo alquanti giorni, e posson produrre l'ulcerazione della mucosa cervicale. Per tal modo il metodo antisettico riesce imperfetto, ma il pericolo si scongiura, se il moncone può esser fissato nella ferita. Con qualunque altro metodo che non sia quello dello stringimento circolare, alcuni vasi de'legamenti larghi in vicinanza dell'utero possono essere compressi insufficientemente, quindi lo stringimento circolare è preferibile, e all'uopo si circonda il collo dell' utero insieme coi legamenti larghi con un grosso filo metallico, e si fissa il moncone col serra-nodo di Koeberle, come nel caso d'un fibroma esterno. A meno che non sia già passata l'epoca della menopausa, il filo dev'esser piazzato abbastanza inferiormente per permettere di asportare le ovaie insieme coll' utero. Siccome la compressione reca dolore, e produce collasso, così si amministrano larghe dosi d' oppiati ed anche di eccitanti. Se il peduncolo dev'esser lasciato a se stes-

so, i legamenti larghi possono essere allacciati in due o più sezioni al disotto delle ovaie con seta fenicata, ed il collo dell' utero alla sua volta passato da parte a parte e allacciato allo stesso modo, avendo cura che le varie allacciature s'intreccino. Il metodo di Schroeder è quello di situare una legatura elastica provvisoria intorno alla porzione inferiore dell' utero, tagliare il tumore con un' incisione a forma di V, oppure enuclearlo se si estende nel tessuto cellulare della pelvi, e riunire i margini del peritoneo con suture superficiali e profonde, le quali servono anche ad arrestare l' emorragia. Di quaranta operazioni, ch' egli ha eseguite con questo metodo, solo nove sono state fatali. Metodo, che può render possibile l'estirpazione di un fibroma, anche se sviluppatosi nella parte più bassa dell'utero.

Cura de' Polipi fibrosi. — È a preferirsi l'asportarli con lo schiacciatoio anzicchè colle forbici, poichè l'uso di queste non garentisce contro il rischio d'una seria emorragia consecutiva. Il metodo della legatura, che implicava il pericolo d' un'infezione settica, è ormai fuori uso. Lo stesso schiacciatoio e la grossezza del suo filo debbono essere proporzionali alle dimensioni del tumore. È bene che lo strumento abbia l'asta ben robusta e fatta in modo da potervi avvitare porzioni terminali di differente grandezza (fig. 67). Il filo può esser semplice, o fatto di parecchi fili a mo' di laccio, nel quale ultimo caso essendo moderatamente pieghevole, si adatta più facilmente, e si preferisce sempre che vi sia un peduncolo da tagliare, meno quando debba esser situato molto in alto, più in su di quanto non possan giungere le dita. In questo caso il filo semplice, più rigido com' è, è più vantaggioso. Il filo semplice è inoltre più forte. Quando il polipo ha oltrepassato l' orifizio, è facile applicare il nodo scorsoio, e si può anche far a meno dello speculum. Nell'eseguire quest'operazione si faccia a meno se si può dell'anestesia, poichè il tagliare il peduncolo d'un polipo non reca che poco o nessun dolore, mentre il

dolore è vivissimo, se nel filo è compresa parte della parete uterina, e così si rende manifesto uno sbaglio. Se il polipo è molto voluminoso, può esser difficile farne l'estrazione, e mancando le pinzette fatte apposta per questo, si può adoperare un forcipe ostetrico, oppure tagliare il tumore in pezzi col filo dello stesso schiacciatoio. Se questo non è sollecitamente possibile, si può fare in un altro modo: si afferra con un tenacolo la porzione che si presenta nella vulva, e si fa sul tumore un'incisione a spirale colle forbici, cominciando in vicinanza del punto afferrato dalla pinzetta a tenacolo, mentre con questa non si cessa dal far trazione. In tal guisa il tumore gradatamente si allunga, ed attraversa la vulva senza lacerarla.

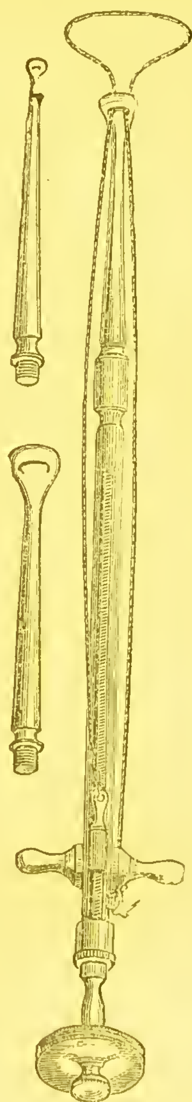


Fig. 67. — Schiacciatoio di Hicks.

Se il polipo è dentro l'utero, prima che si ponga mano ad estirparlo, bisogna dilatare completamente il collo. Perchè sia possibile adattare il filo dello schiacciatoio intorno ad un polipo intrauterino, bisogna che l'utero sia quanto si può depresso, tirando in basso con una pinzetta il labbro anteriore dell'orifizio, mentre un assistente preme sull'organo dal di fuori. Spesso è utile fissare un tenacolo nello stesso polipo e fare così trazione per suo mezzo. È uopo però guardarsi, nell'eseguire questa manovra, dal produrre una parziale inversione dell'utero, quindi la trazione si allenta, prima che si stringa lo schiacciatoio.

I prolungamenti a forma di polipi che si sviluppano nell' orifizio si tolgon via con lo schiacciatoio, oppure, se hanno larga base, si escidono colle forbici, arrestando la consecutiva emorragia come meglio si stimerà opportuno.

Cancro del Collo dell' Utero.

Etiologia.—Il cancro del collo dell'utero è molto comune. È più frequente in questa sede che non nelle stesse mammelle, ed è questa la principale ragione della maggior prevalenza del cancro nel sesso femminile. Assai comunemente si manifesta tra' 40 e i 56 anni, ma sono anche ben numerosi i casi di cancro fra' 30 e i 40 anni, mentre pochissimi se ne verificano prima de' 30 anni, e qualcheduno può anche verificarsene in un'età molto avanzata. Il cancro del collo è estremamente raro nelle vergini, e più comune nelle donne che hanno avuto figli che non nelle nullipare, mentre la più gran parte di quelle che ne sono affette hanno avuto molti figli. Si può dedurre da ciò che l' infiammazione del collo prodotta dal travaglio del parto, o altre cause meccaniche hanno una parte importante nell' etiologia del cancro, e che la cosiddetta erosione o infiammazione granulare, in vicinanza dell' orifizio, o nell' interno del canale cervicale, può alle volte in individui predisposti subire una degenerazione maligna, benchè del resto ciò non sia che pochissimo probabile. Un tal modo di vedere è confermato dalle ricerche di Ruge e Veit (v. p. 178), i quali han trovato, che nella cosiddetta erosione ha luogo una proliferazione glandolare, e che una simile proliferazione, con l'aggiunta d' uno sviluppo esuberante d' epitelio, che riempie in parte o in tutto gli acini, può essere l' inizio del cancro. Sicchè la lacerazione del collo può predisporre al cancro, determinando l'irritazione infiammatoria della mucosa scoverta del canale cervicale. In uno dei primissimi stadii dell' epitelioma non è raro trovar le tracce d' una lacerazione preesistente. Oltre a ciò,

che la predisposizione costituzionale sia un elemento importante nell' origine del cancro del collo, è dimostrato dalla immunità comparativa delle negre, benchè non se ne possa poi dedurre, che l' affezione non possa esser puramente locale nel suo inizio. L' eredità v' ha anche la sua parte, ma in ben modeste proporzioni.

Anatomia Patologica.— Adoperando la parola cancro nel suo più ampio significato, per dinotare un tumore che abbia i caratteri clinici della malignità, che, cioè, tenda ad estendersi per contiguità a tessuti di diversa natura da quello nel quale ebbe origine, che tenda a recidivare dopo essere stato estirpato, e ad infettare le glandole e gli organi distanti, tra le varietà di cancro del collo noi dobbiamo includere: 1° il vero carcinoma dalla struttura più o meno alveolare; 2° l' epitelioma o « cancroide » degli autori tedeschi; 3° molte forme di sarcoma.

In tre modi può aver origine il vero carcinoma nel collo dell' utero: 1° per proliferazione dell'epitelio delle glandole, sia primaria, sia avvenuta in seguito ad irritazione; 2° per sviluppo di prolungamenti a forma di colonne dagli strati più profondi dell' epitelio pavimentoso del collo, processo, che in un primo tempo dà origine all' epitelioma; 3° per proliferazione delle cellule del connettivo, che si trasformano in gruppi simili alle cellule epiteliali. È però quistione se mai il carcinoma abbia origine nel terzo di questi modi. È indubitato che esso si estende per mezzo delle cellule connettivali, che ne diventano infette per una tal quale influenza spermatica, e si aggruppano poi in gomitoli di cellule simili alle epiteliali. Il vero principio però della neoplasia nel tessuto connettivo non è facilmente osservabile, e può anche essere, che, come sostengono il Billroth, il Valdeyer ed altri, avvenga sempre una qualche proliferazione epiteliale primitiva.

Nel carcinoma del collo dell' utero la proporzione fra le cellule e le trabecole di tessuto fibroso può variare dal carcinoma midollare, fatto quasi intera-

mente di cellule e dallo sviluppo rapidissimo, allo scirro. Lo scirro, la cui durezza si approssimi a quella del cancro della mammella, è assai raro nel collo dell'utero, benchè la forma di carcinoma midollare, che più è atta ad infiltrarsi, spesso contenga tanto tessuto fibroso da esser notevolmente duro al tatto. Il carcinoma midollare è la forma più comune, e le varietà che son più dure da principio, d'ordinario lo sono meno negli ultimi periodi. Vien fatto talvolta d'incontrare una varietà di carcinoma, in cui le cellule son disposte a mo' di colonne intorno a' margini degli alveoli, e questa stessa disposizione può ripetersi nelle forme secondarie. Più di frequente gli alveoli sono piccoli ed irregolari, spesso di forma allungata, e contengono ciascuno poche cellule, in modo ch'è difficile distinguerlo da un sarcoma globi-cellulare. Infine, nelle varietà caratterizzate da uno sviluppo molto rapido, gli alveoli son tanto grandi che le masse cellulari possono esser premute dall'esterno come un piumacciuolo.

Nel cancro del collo dell'utero la distinzione tra epitelioma e carcinoma non è così chiara come nelle altre parti dell'organismo. Lo studio del cancro in questa regione pare dimostrare che dall'epitelioma si può avere il carcinoma, non appena, o le masse cellulari epiteliali cessano dal crescere a proprie spese, e cominciano invece a stimolare i nuclei dello stroma adiacente (che nell'epitelioma sono sempre in abbondante proliferazione) per trasformarli in cellule epiteliali, oppure le cellule epiteliali stesse o i loro nuclei emigrano lungo le vie linfatiche nel tessuto cellulare. È così che di molti casi non si può positivamente asseverare, se siano di epitelioma o di carcinoma.

Esaminando le sezioni di trentaquattro casi di cancro, ne' quali la neoplasia avea aumentata la massa del collo, in modo da poter in uno de' primi periodi escidere il collo, asportando più o meno completamente tutto il tessuto infetto, io sono arrivato al seguente risultato. I caratteri istologici di quei tu-

mori, che la clinica generalmente classifica fra gli epiteliomi, sono molto variabili. Solo eccezionalmente vien fatto di trovarvi i globi epiteliali o corpuscoli a nido d'uccello, la cui presenza dimostra la neoplasia originata dall'epitelio pavimentoso. Anche quando si trovano questi globi, è proprio sull'orlo della superficie ulcerata che si possono constatare delle proliferazioni di elementi dall'epitelio della superficie, e il cancro in generale si diffonde ad una certa distanza al disotto dell'epitelio normale o semplicemente inspessito. Quindi il criterio diagnostico dato per l'epitelioma del collo, che, cioè, la mucosa è attaccata al tessuto sottostante, è un criterio *a priori* ed immaginario, poichè le proliferazioni su larga scala, che sono abituali nell'epitelioma della cute, qui non esistono. Le masse epiteliali più vicine al tessuto sano d'ordinario son fatte di cellule somiglianti a quelle dell'epitelio pavimentoso, unite da un margine regolare di cellule a forma di colonne, e chiaramente distinte dallo stroma circostante. Le cellule poi son cementate fra loro, come quelle dell'epitelio pavimentoso, o da fini prolungamenti che uniscono cellula a cellula, costituendo le così dette cellule a denti di ruota, oppure per adesione di tutte le pareti delle cellule. L'aspetto delle cellule a denti di ruota non è mai così manifesto come nell'epitelio normale, e spesso non lo si rileva. In porzioni più antiche o più profonde della stessa neoplasia le masse cellulari possono non avere margini, e non esser distinguibili dallo stroma. Le cellule inoltre, invece d'esser tenute insieme, possono trovarsi separate le une dalle altre, come quelle del carcinoma. Non di rado si trovano nello stroma gruppi di cellule distaccate senza sostanza intercellulare e provviste di grossi nuclei, come le cellule delle masse cellulari più grandi costituendo così un'approssimazione alla disposizione alveolare del carcinoma.

In casi più numerosi non vi sono elementi epiteliali di forma sferoidale, ma vi sono invece masse di cellule riunite, a margini spesso regolari, le quali

probabilmente provengono dall'epitelio pavimentoso, e qualche volta se ne può seguire la continuità. Non è raro trovare le masse cellulari allungate a mo' di colonne più o meno parallele, con margini come le cellule regolari, e separate da strette bendelle di stroma. In altre parti della neoplasia si può osservare qualcosa che s'approssima a' caratteri del carcinoma. Talvolta le cellule s'allungano, acquistando un aspetto fusiforme o ad angoli retti con l'asse delle colonne di cellule, oppure ad esso parallele. Ne'tumori che si sviluppano con maggiore rapidità le cellule deviano in un altro modo da'caratteri dell'epitelio pavimentoso, e non solo non sono più unite fra loro, ma presentano de' nuclei che proliferano, e acquistano forme e dimensioni diverse. Alcune volte facendone la sezione, si osserva una massa di cellule quasi continua, attraversata a larghi intervalli da sottili bendelle di stroma, che portan seco i vasi.

In minor numero di casi ho potuto constatare l'inizio della neoplasia nella degenerazione delle glandole mucipare. L'epitelio delle glandole prolifera in modo da riempire più o meno completamente gli acini. In tal modo si arriva presto alla disposizione alveolare del vero carcinoma, ma da principio le cellule negli alveoli sono unite insieme, o almeno sono in stretto rapporto fra loro, senz' aspetto dentellato, e d'ordinario hanno un cercine di cellule a forma di colonne intorno al margine. Può avvenire che il tessuto cellulare sia infettato dal crescere in esso di simili cellule, o dalla migrazione di cellule dagli alveoli primitivi. È questo il solo modo d'origine accettato da Ruge e Veit (1), ma pare che il materiale su cui hanno fatto le loro osservazioni abbia dovuto essere limitato, poichè non han trovato elementi globulari in alcun caso, mentre io li ho trovati in cinque casi fra trentaquattro. Più generalmente io ho trovato nel primissimo inizio del cancro le glan-

(1) « Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, Bd. II. Hft. 2.

dole proliferanti in stretta contiguità con le masse epiteliali senza alcun indizio di degenerazione maligna. Ma è probabile che le forme di cancro, che s' infiltrano da principio, senz' ingrandire il collo, più comunemente traggano origine dalle glandole. Certamente quello che più definitivamente si osserva in queste forme è la struttura alveolare.

In pochi casi, meno del decimo, la struttura è quella del sarcoma, o linfo-sarcoma, originantesi dal tessuto cellulare. Per lo più v'è buon numero di cellule rotonde, e nell'inizio il carattere della neoplasia può esser simile a quello dello stroma delle prominenze villose nella grave erosione del collo, oppure delle prominenze normali nell' interno del canale cervicale. Qualche volta la neoplasia d'origine epiteliale è circondata da un cercine di tessuto simile al sarcomatoso, riccamente nucleato, in modo che, esaminandone solo una piccola porzione, la si scambia facilmente con un sarcoma. Vi può essere eziandio una ipertrofia notevole del tessuto muscolare normale delle vicinanze. In taluni casi le stesse cellule epiteliali pare che spicchino de' prolungamenti, approssimandosi al carattere delle cellule connettivali, di modo che è quistione, se alcune neoplasie, il cui carattere istologico sembra quello d'un sarcoma alveolare (1), non abbiano invece origine dall' epitelio.

Quanto al carattere della neoplasia verso il suo ultimo periodo, quando già si è avuto il suo esito letale, si può tener conto della statistica di Arnott, il quale riporta 57 casi, de' quali sono state fatte le autopsie nell' Ospedale di Middlesex. All' esame microscopico solo in 22 egli ha potuto definire la natura del tumore, e di questi 12 erano casi di carcinoma, 8 di epitelioma, e 2 di sarcoma fusi-cellulare.

Col nome di *escrescenza a cavolofiore* s'intende generalmente una neoplasia di forma papillare che spunta sul collo dell' utero, che sanguina facilmente, ed è

(1) p. e. fatto di cellule disposte negli alveoli, ma con una sostanza intercellulare, oppure unite da prolungamenti.

tanto molle, che dopo asportata, o anche dopo la morte, non rimane di essa che una massa di polpa simile ad una placenta macerata. Alcuni han creduto che questa sia una forma speciale di affezione, non necessariamente maligna. Però le escrescenze villose esterne possono associarsi ad escrescenze anche nel tessuto sottostante. D' ordinario le singole papille contengono un'ansa vascolare sostenuta da fino tessuto areolare, e son fatte principalmente di cellule rotonde, quantunque gli strati superficiali possano essere appiattiti. La porzione cellulare delle papille per lo più si continua colle masse cellulari del carcinoma o dell' epitelioma nel tessuto sottostante, ed il tessuto fibro-vascolare colle trabecole fibrose del carcinoma, oppure col tessuto areolare nucleato, che circonda le masse cellulari dell'epitelioma. In un solo caso ho trovato nelle papille cellule epiteliali globulari, mentre in altri casi le papille stesse avevano la struttura del carcinoma midollare. Le papille posson talvolta aderire per le loro superficie esterne, formando così delle specie di lacune. Si son ricordati de' casi, in cui avevano la semplice struttura del papilloma, senza potervi riconoscere alcun carattere di malignità. Però le neoplasie friabili son prababilmente sempre maligne, poichè l' epitelio tende ad invadere il tessuto sottostante ne' punti intermedii fra le papille. Così in un caso ricordato da E. Wagner (1) veniva asportato un tumore, che dietro l'esame microscopico fu ritenuto un puro papilloma, ma cinque mesi dopo l'operazione l'inferma moriva, senza possibilità di dubbio, di cancro del collo dell' utero. Può però avvenire che una forte tendenza a svilupparsi allo esterno si associi a tendenza ad infiltrarsi, ed in tal caso il tumore, una volta completamente sradicato, non si riproduce più. Simili neoplasie friabili sono rare, ma il nome di *escrescenza a cavolofiore* talvolta è stato anche dato alle escrescenze polpose esterne del collo che sono meno rare, la cui superficie è solo lievemente papillare, e che rasso-

(1) « Der Gebärmutter-Krebs » Leipzig, 1858, p. 13.

migliano all'escrescenza a cavolofiore più della neoplasia, a cui prima fu dato siffatto nome. Queste escrescenze sono sempre maligne, ed il carattere variabile della loro struttura istologica è quello che abbiamo già descritto.

Nella gran maggioranza de'casi il cancro del collo comincia a svilupparsi in vicinanza dell' orifizio esterno, donde si estende lungo il collo e lungo il canale cervicale, generalmente interessando un labbro dell'orifizio più dell' altro. Eccezionalmente può sorgere in alto nel canale cervicale vicino l'orifizio interno, senza che per lungo tempo la parte esterna del collo ne dia il menomo segno.

Lungo il canale cervicale il tumore si estende fino a raggiungere l'orifizio interno, e si estende anche alle pareti della vagina ed al tessuto cellulare che circonda il collo, fissando per tal modo l'utero. Nel suo ulteriore progresso esso invade principalmente il corpo dell'utero e le pareti anteriore e posteriore della vagina, sulla prima discendendo più oltre che non sulla seconda. Qualche volta, nel caso di vegetazioni neoplastiche, la parete posteriore della vagina che è in contatto col collo diviene infetta per ragion di contiguità. D'ordinario l'ulcerazione si verifica presto, con vasta distruzione del deposito morboso, e di gran parte dell'utero e della vagina, in modo da formare una cavità profonda e frangiata. Frequente è la perforazione della vescica, più rara quella del retto, sí da aversi la fusione delle due cavità in un'enorme cloaca. La metastasi si può averla nelle glandole pelviche e lombari, nelle ovaie, nel peritoneo, e persino negli organi lontani come il polmone, il fegato, anche quando la neoplasia è della forma la meno maligna, cioè un sarcoma fusicellulare. Arnott ha trovato depositi metastatici nelle glandole in 50 casi su 100, e in altri organi in 41 su 100. Sovente il tumore ostacola la funzione degli ureteri, dando luogo a guasti o infiammazione de' reni, e potendo anche produrre la occlusione de'primi.

L' *ulcera erosiva* del collo è stata descritta come

un morbo distinto dal cancro, caratterizzato dal lento progresso, e dall' assenza di qualunque percettibile deposito metastatico, ma mancano studii recenti sulla sua istologia. Probabilmente molti casi della cosiddetta ulcera erosiva lo sono stati invece di epitelioma superficiale, in cui l' ulcerazione prevale sull'infiltramento.

Sintomi ed Esiti. — Nell'inizio del cancro i sintomi sono spesso così lievi, che esso non viene osservato se non quando ha raggiunto un periodo, in cui non può essere più sradicato. Quando si ha un sintoma iniziale, esso è d'ordinario costituito da una emorragia non profusa, ma irregolare e ricorrente. Non di rado il primo sintoma è un'emorragia nell'atto del coito. La mestruazione è più abbondante, e generalmente non manca mai uno scolo leucorroico, striato qualche volta di sangue. Una ricorrenza d'emorragia uterina, dopo avvenuta per qualche tempo la menopausa, deve far sempre sospettare d' un cancro, e impone imprescindibilmente la esplorazione della vagina. I sintomi iniziali son meno rari nelle forme vegetanti che non nelle forme infiltranti, nelle quali ultime può succedere che non si abbia emorragia fino ad un periodo avanzato. Il dolore per lo più manca o è lievissimo fino a che il tumore si limita al collo, e alcune volte in casi di cancro molle il dolore s' è mantenuto leggerissimo fino a periodo inoltrato. Nella più gran parte dei casi però, non appena la neoplasia ha infiltrato i tessuti intorno all' utero, l' inferma si lamenta di vivi dolori lancinanti, i quali rendono il cancro del collo uno de'più terribili morbi. Questo dolore si può distinguere da quello prodotto da infiammazione cronica o da ingorgo pel fatto, ch'esso è molto intenso durante la notte, in modo che impedisce il sonno, mentre l' altro viene principalmente suscitato dallo star troppo in piedi o dal movimento, ed il riposo lo allevia. Dolore che si può anche avere per la dolentia della superficie ulcerata esposta a fregamenti, ed in tali casi esso si menoma, o scompare, dopo asportata o distrutta la superficie ulcerata.

Non appena incomincia l'ulcerazione, lo scolo generalmente ha un carattere acquoso, spesso striato di sangue, e ben presto acquista un intenso fetore, che non è la minore tra le sofferenze della paziente. Sovente lo scolo porta seco cenci di tessuto gangrenato. In sul principio l'inferma può benissimo aver le apparenze della più florida salute, ma non appena s'inizia lo stadio ulcerativo, il cancro del collo dell'utero determina uno stato di marasma, e finisce col produrre la ben nota cachessia cancerigna. Una simile esplicazione del processo morboso dipende in gran parte dalle ripetute emorragie e dagli effetti devastatori dello scolo morboso. Sicchè un notevole miglioramento nelle apparenze generali si può ottenerlo, asportando parzialmente il tumore, dando luogo così ad una sospensione dell'emorragia e dello scolo fetido. La cachessia si appalesa principalmente mercè la tinta giallo-sporca della pelle, accompagnata da emaciamento, il che però non ha nulla di assolutamente caratteristico, e può osservarsi in altri casi, specialmente in quelli di polipi accompagnati da emorragia e processo distruttivo del tumore. Spesso le funzioni digestive sono ostacolate, e la nausea ed il vomito son frequenti, dipendendo parzialmente dal fetore dello scolo. La pressione meccanica sul retto può determinare una ostinata costipazione, mentre d'altra parte non son rari gli accessi diarroici per irritazione riflessa. I disturbi nelle funzioni della vescica si manifestano piuttosto di buon'ora, e possono essere il primo sintoma che richiami l'attenzione. In sul principio può esservi tenesmo, poi, a misura che il processo interessa la base della vescica e l'uretra, difficoltà nella minzione, e finalmente, per l'esistenza d'un'apertura fistolosa, incontinenza.

La durata del processo morboso generalmente varia da uno a due anni, dopo fattane la diagnosi, ed è raro che l'inferma sopravviva per tre, quattro o più anni. Casi estremamente rari si ricordano, in cui si è potuto avere una cura spontanea per distru-

zione della neoplasia. Se essa può esser asportata, il decorso del processo n'è di molto prolungato, ed è indubbiamente possibile in alcuni casi sradicarla completamente, quando si è chiamati per tempo. Talvolta la morte tien dietro all' emorragia, ma più di frequente segue ad esaurimento ed emaciazione graduali, coadiuvati non di rado dalle conseguenze dell'uremia o dell'infiammazione renale, determinatasi per impedimento delle funzioni della vescica o degli ureteri. La scena può esser chiusa da una peritonite intercorrente o da una pneumonite, oppure la morte può seguire immediatamente alla occlusione degli ureteri, producente completa soppressione dell'urina, o subitaneamente ad embolismo polmonare, in seguito a trombosi delle vene pelviche nel tumore o in vicinanza di esso.

Diagnosi. — A periodo avanzato del processo morboso la diagnosi è facile, tuttocchè gli sbagli siano stati anche allora tutt'altro che rari. Il collo dell'utero è fissato, e l' induramento non elastico può estendersi anche alle pareti vaginali. Nella massa dura si avverte una cavità ulcerata con margini parimenti duri e nodulari. La sua superficie dà una peculiare sensazione di mollezza friabile e superficiale, con assenza completa d' elasticità nel tessuto sottostante. Toccando la superficie ulcerata, si provoca d' ordinario l' emorragia. Il fetore dello scolo è un segno abbastanza caratteristico nel periodo avanzato. Nell'endometrite o nella vaginite lo scolo può essere anche sufficientemente disgustoso per disturbare l' inferma, ma il fetore nauseabondo ed intenso, da cui il dito difficilmente si libera anche co'disinfettanti, appartiene soltanto al cancro, o alla decomposizione di prodotti del concepimento, oppure a scontinuità nella massa d' un tumore benigno, come p. e. un polipo. Questi due ultimi stati si differenziano pe'segni fisici e per l'anamnesi. Resta fermo, però, che l'assenza del fetore non basta per escludere il cancro.

Nelle forme prolifere di cancro, il tumore soven-

te raggiunge un notevole volume prima che sia fissato il collo dell'utero. Allora si constata un ingrandimento ineguale delle labbra del collo, non così duro al tatto come lo è l'iperplasia cronica. La superficie è più meno villosa e papillare, e facilmente sanguina. Tutto il collo è ingrossato, tendente ad acquistare un aspetto fusiforme con arrovesciamento de'suoi bordi, il che costituisce un carattere diagnostico ben prezioso. Coll'aiuto dello speculum si vede una superficie estuberante, irregolare, maculata, intensamente rossa, più o meno estesa, e sfornita dell'epitelio pavimentoso normale. Si badi però ad esser molto cauti nell'adoperar lo speculum in caso di cancro dell'utero, per la grave emorragia, che una manovra men che accorta potrebbe facilmente provocare. Quando vi si deve ricorrere, sia per la diagnosi che per l'applicazione de' rimedii, d'ordinario è preferibile o quello di Sims (fig. 7), o quello di Neugebauer (fig. 10), e di questo la prima branca può esser guidata col dito fino al di là del collo. Il solo microscopio può decidere se si tratti di carcinoma ovvero d'epitelioma, poichè entrambi possono avere la superficie villosa e papillare. La superficie eccessivamente friabile, villosa, facilmente sanguinante della vera escrescenza a cavolofiore difficilmente può essere scambiata con un'altra.

Quella che può essere grandemente difficile è la diagnosi del cancro nel suo stadio iniziale. Il più valido aiuto lo si trova nel fatto, ch'esso d'ordinario comincia a sorgere *sulla superficie* in vicinanza dell'orifizio, oppure appena entro il canale cervicale, e si associa ad un certo grado di escrescenza papillare, che ad ogni urto sanguina prontamente. Se si ha l'emorragia, toccando solo delicatamente col dito l'orifizio, e non in seguito a brusca manipolazione o all'uso dello speculum, ovvero della sonda, allora bisogna accoglier il sospetto di un cancro iniziale, massime se si sente al tatto intorno all'orifizio una superficie papillare o de' noduli niente elastici. Se non che anche le erosioni

villose sanguinano facilmente, e quindi ne' casi molto dubbii il solo metodo sicuro per fare la distinzione è quello di escidere colle forbici o coll'abrasoio una porzione di tessuto ed esaminarla al microscopio. Perchè la conclusione poi sia quanto è possibile certa, si escida un frammento abbastanza grande, in modo da poterlo indurire e farne delle sezioni. Come lo si vede attraverso lo speculum, il cancro nel suo primo inizio può esser distinto da qualunque ulcerazione o erosione di non maligna natura per la presenza di piccole prominenze limitate,



Fig. 68. — Cancro del Collo dell' Utero nel suo primo inizio. (Secondo Ruge e Veit).

irregolari, dalla superficie villosa o papillare, e che possono esser separate dal canale cervicale. Vi può essere pure una ulcerazione scavata co' margini recisi all'orlo dell' orifizio. La fig. 68, che fa vedere l'inizio del cancro, può esser paragonata alle figg. 53 e 54, che mostrano l'infiammazione granulare con lacerazione e la semplice erosione.

Sovente ne'tempi passati s'è preso per cancro l'in-

duramento iperplastico del collo dell'utero. L'induramento però si distingue pel fatto, che il collo è mobile, a meno che non sia divenuto fisso in seguito ad infiammazione; la sua irregolarità è dovuta a fessure che parton come raggi dall'orifizio, ed il suo tessuto nella stessa sua durezza conserva un certo grado di elasticità, mentre si ha d'ordinario dolore più vivo durante il flusso mestruale, invece di aversi il dolore alleviato dall'emorragia, come avviene nel cancro. Inoltre per lo più non vi è emorragia irregolare, la mestruazione è piuttosto scarsa, e a meno che non v'esista grave erosione, non sanguina facilmente al tatto. Nell'iperplasia è comune una storia di sintomi riferibili ad un disordine uterino di molti anni, mentre i sintomi del cancro iniziale è ben facile che non rimontino che a pochi mesi. Si ricordi però che il cancro può sopraggiungere ad un altro processo morboso di non maligna natura.

Cura. — Se si riconosce il cancro prima che l'utero sia fissato, non c'è tempo da perdere per l'estirpazione. Anche tenendo conto della abituale recidiva, pure si solleva l'inferma per lungo tempo dalle conseguenze dell'emorragia e dallo scolo, ed il decorso del morbo è di molto protratto. Quando il cancro forma una massa prominente, l'operazione si esegue facilmente collo schiacciatoio galvanico. D'ordinario torna molto opportuno adattare il filo dello schiacciatoio colle dita senza adoperare lo speculum, passando l'asta del medesimo, che non dev'essere troppo corta, in alto di fronte al collo, e spingendola in certo modo verso sopra mentre si stringe il filo. Si deve usare molta precauzione nel tirar giù il collo per mezzo d'un tenacolo, poichè altrimenti si può trascinare nell'ambito del filo una porzione della borsa di Douglas o della vescica. È meglio quindi adattare il filo mentre il collo è nella sua posizione naturale; ma quando il filo s'è già scavato un solco, allora si può fare cautamente lieve trazione sul collo, a fin di portare quanto più è possibile del canale

cervicale al disotto del piano della sezione, in guisa che il rimanente moncone rappresenti un cono coll'apice verso il fondo dell'utero. Se v'è difficoltà nel tenere il filo in sito intorno alla base del collo, si può praticare un solco, tagliando colle forbici la mucosa nel punto d'unione della cervice con la vagina. Se il filo è abbastanza riscaldato, e spinto in su con estrema lentezza in modo da cauterizzare tutta la superficie, d'ordinario non si ha emorragia, ma, perchè si sia sicuri di questo, le batterie debbono essere accuratamente adequate. In assenza di galvano-caustica, l'amputazione può farsi collo schiacciatoio ordinario. Dopo l'amputazione poi è bene causticare il moncone col caustico attuale, anche se non v'è emorragia di sorta, nello scopo di distruggere molto profondamente il tessuto, fino al quale abbia potuto estendersi l'infiltramento cancerigno. Finita l'operazione, si praticano iniezioni antisettiche nella vagina, finchè non si separa l'escara superficiale. Il cauterio è in gran parte una salvaguardia contro l'assorbimento di sostanze settiche; ma non è raro un certo grado d'infiammazione locale, produttiva d'inspessimento intorno all'utero.

Il precetto di astenersi dall'operazione, quando non è più possibile di guarire l'inferma, non è applicabile al cancro del collo dell'utero nella stessa misura in cui lo è al cancro in altre parti del corpo, dappoichè gran parte della cachessia, sia dovuta all'emorragia che ad assorbimento di sostanze settiche, dipende dalla presenza della parte ammalata esposta a fregamenti e soggetta anche al calore ed all'umidità. Sempre che l'emorragia sia un sintomo rilevante, ed esista una superficie vegetante, l'asportazione di parte della neoplasia spesso arresta l'emorragia, e toglie via il fetore dello scolo per un tempo considerevole. Questo però può farsi sempre che il processo morboso non sia tanto inoltrato da far correre il rischio di aprire la cavità peritoneale o qualche altra cavità. Ogni massa rotondeggiante e prominente, intorno alla quale si possa adattare un

filo, si può asportare colla galvano-caustica. Per asportare poi il tessuto più profondo i migliori strumenti sono i cucchiai, introdotti nella pratica dal Prof. Simon (fig. 69), che son fatti di varie forme e di diversa grandezza. Nell'abradere il tessuto col mezzo de'cucchiai si viene a fare una certa selezione, poichè mentre sono prontamente asportate le masse cellulari cancerigne, il tessuto normale resiste di più. Questa specie di azione intelligente del cucchiaio, però, non si estende all'infiltramento di cellule disseminate tra' tessuti normali al di fuori dei margini del tumore, e d'altra parte nelle altre forme più dure di cancro, contenente maggior copia di tessuto fibroso, questi cucchiai sono meno efficaci. Possono adoperarsi anche i caustici, o da principio oppure, meglio, dopo che il tessuto più friabile e manifestamente cancerigno è stato abraso. Il caustico può essere l'attuale, la galvano-caustica, oppure caustici chimici, come la potassa fusa, la potassa con la calce, il cloruro di zinco, o una soluzione alcoolica di bromo. Nell'adoperare la potassa sola, o la potassa con la calce, bisogna usare le precauzioni di cui abbiamo già parlato. La soluzione di bromo raccomandata prima da Routh, ed altamente lodata da Schroeder, si crede che abbia una speciale azione sulle cellule cancerigne, ed è fuori dubbio un caustico molto energico. Si scioglie una parte di bromo in cinque parti di alcool rettificato (1), e



Fig. 69. — Cucchiaio di Simon.

(1) Il miscuglio va fatto con precauzione aggiungendo il bromo all'alcool a poco a poco pe il calore che si sviluppa, e badando di non respirare troppo i vapori, che irritano i polmoni, e possono anche ledere il senso dell'olfatto.

in questa soluzione si bagna un tampone di cotone. Il tampone così bagnato si covre d'un pezzo di guttaperca, e si situa nella porzione inferiore della vagina un grosso tampone bagnato in una soluzione di carbonato di soda, per neutralizzare il bromo che gocciola, e proteggere così la mucosa intatta. Se la vagina è protetta a sufficienza, il caustico si può lasciare in sito da 6 a 12 ore.

Se si fa il tentativo di sradicare il tumore per mezzo d'un caustico, dopo asportato tutto il tessuto indubbiamente cancerigno, invece d'usare un caustico ad azione selettiva, se ne adoperi uno che caustichi indistintamente tutto quel che incontra, e ciò per distruggere tutti i tessuti vicini, ne' quali han potuto penetrare cellule o germi cancerigni. Uno de'più efficaci è il cloruro di zinco, e si può adoperarlo in soluzione al 50 per 100, come vien raccomandato dal Dr. Marion Sims. In questa soluzione si bagna un tampone di cotone, e lo si applica, dopo spremutolo ben bene, per evitare che l'azione del caustico si estenda più oltre del necessario. Appresso a questo s'introduce un altro tampone bagnato nell'olio, e infine un tampone più grosso bagnato in una soluzione di carbonato di soda per proteggere quanto è possibile la vagina. Dopo un paio d'ore si ritirano i tamponi inferiori, e si fanno iniezioni di soluzione di carbonato di soda nella vagina. Adoperando in questo modo il caustico, in capo a circa una settimana esso lascia separe un'escara bianca a forma d'una coppa, senza alcun fetore e della spessezza d'un pollice e anche più. Escara che vien distaccata da tutti i tessuti assoggettati all'azione del caustico, e talvolta interessando anche la parete vaginale intatta. Nel caso quindi che tra la cavità cervicale e la vescica o il peritoneo vi sia un setto molto sottile, il caustico non può essere adoperato. L'azione del caustico è parecchio dolorosa, e d'ordinario si ricorre agli oppiati, dopo averlo applicato.

Asportato un cancro con lo schiacciatoio o colla galvano-caustica, se ne faccian sempre delle sezioni,

e, se si può farne uscire un succo lattescente per tutta l'estensione del pezzo asportato, ovvero se il microscopio rivela che tutta l'estensione della massa asportata è infetta dalla neoplasia, non si trascuri di raschiare con un cucchiaio ben affilato la superficie del moncone, ed applicarvi dopo del bromo, del cloruro di zinco o un altro caustico. In parecchi casi assoggettati a questo trattamento, quando colla prima operazione non si è potuto sradicare tutto il tumore, ho constatato che in seguito per uno a tre anni non si è avuto alcun sintoma di ricorrenza locale, quantunque in due casi fosse avvenuta l'occlusione del collo per graduale contrazione, e fosse stata necessaria un'operazione per evacuare il sangue mestruo ritenuto. Se si riesce ad impedire la ricorrenza di qualunque ulcerazione nella vagina, anche che la malattia ricomparisca nella pelvi, si sottrae sempre l'inferma a grandi molestie.

Il Dott. Marion Sims ha recentemente proposto di escidere il collo dell'utero in un modo più completo che non siasi praticato finora. L'operazione si esegue coll'aiuto dello speculum di Sims, ed in posizione di semipronazione. Se vi è alcun'escrescenza prominente dal collo, si comincia dall'asportar questa o con lo schiacciatoio o colle forbici. Indi si escide il tessuto ammalato a un pezzo per volta colle forbici o col bistori di Sims (fig. 19), in modo che tutta la porzione asportata abbia la forma d'un cono coll' apice a livello, o anche se occorre, al disopra dell'orifizio interno. Questo lavoro si continua fino a che non s'incontra un tessuto, che al tatto si riconosce sano. Allora si situa nella cavità un tampone bagnato nel solfito di ferro diluito in due parti d'acqua, ed un altro tampone si situa al disotto del primo nella vagina. L'operazione però sarebbe inutile, ove il tumore avesse già raggiunto il margine esterno del collo; ma poichè il processo morboso tende ad estendersi più verso l' alto che non verso l' esterno, così si può riuscire ad asportare tutto il tessuto canceroso nei casi, in cui non sarebbe pos-

sibile adoperare con successo lo schiacciatoio. Se non che l' operazione può anche riuscire fatale. Si può avere forte emorragia arteriosa; la pressione del tampone può produrre apertura della cavità peritoneale o della vescica, ed impedendo lo scolo favorire un processo d'infezione settica. Io ho modificato l'operazione, escidendo il collo col bistori curvo del cauterio di Paquelin costruito a questo scopo, oppure escidendolo colle forbici, ed arrestando la emorragia col cauterio a punta ottusa dello stesso strumento, che in questo caso è più efficace del solo cauterio a coltello. Per tal modo si può fare a meno del tampone otturatore nella vagina, ed il pericolo d'infezione settica è di molto menomato. Un altro metodo consiste nel fare un solco da sotto in sopra a partire dall' unione vaginale tutt' intorno al collo col bistorì, colle forbici o colla galvano-caustica, ed adattare quindi al solco il filo dello schiacciatoio. Il Dott. Marion Sims raccomanda l'applicazione del cloruro di zinco, dopo rimossi i tamponi. Se si è adoperato il cauterio, bisogna che venga prima distaccata l'escara.

Il Dott. Blundell ed altri avevano eseguita attraverso la vagina l'estirpazione totale dell'utero, ch'è stata rimessa in onore da Freund di Breslau. Questi ha introdotto un metodo ben accurato per estirpare tutto l' utero mercè il taglio addominale col metodo antisettico, chiudendo la ferita del peritoneo a mezzo di suture, e portando le legature giù nella vagina. Di dieci casi Freund ne riporta cinque guariti coll'operazione descritta, ma le ultime operazioni sono state più fatali, ed in gran numero delle inferme che han sopravvissuto la neoplasia s'è riprodotta. Non pare quindi che al presente si possa raccomandare una simile operazione.

L'estirpazione attraverso la vagina è stata eziandio richiamata in onore, e sembra che sia meno pericolosa dell' estirpazione pel taglio addominale, ma il numero delle recidive è anche considerevole. L'utero viene separato tagliando da sotto in sopra

colle forbici, allacciando i vasi e lasciando aperta la ferita del peritoneo. Sir Spencer Wells raccomanda, che alle legature si sostituiscano grandi e lunghe pinzette a pressione, che si applicherebbero a ciascun legamento largo, e si lascerebbero in sito per parecchi giorni, finchè non vi fosse più pericolo d'emorragia.

Cura palliativa. — In un gran numero di casi di cancro del collo non c' è nulla a sperare anche da una parziale asportazione della neoplasia. Nelle forme a decorso più lento, e che son più capaci di infiltrarsi, con poca tendenza a vegetazioni, si può impedire l'emorragia, applicando sulla superficie ulcerata caustici alquanto più miti di quelli che abbiamo fin qui menzionato, quali l'acido nitrico o fenico concentrati, o una soluzione satura d' acido cromico. Quando il processo morboso è molto diffusivo, e l' ulcerazione molto progredita in modo da non permettere l'uso d'altri caustici più forti, si può migliorare lo stato della superficie, e diminuire la emorragia ed il fetore mercè l' applicazione di polvere di solfato di zinco, mantenuta in sito per mezzo d' un tampone e lasciata lì per dodici a ventiquattr'ore. Se l'emorragia è grave, si può applicare di tempo in tempo o il liquore di percloruro di ferro, che agisce non solo come emostatico, ma anche come leggiero caustico, oppure del percloruro solido impastato con la glicerina. Oltre che dall' uso dei caustici più forti, si può ottenere gran vantaggio da quello delle soluzioni astringenti ed antisettiche, le quali induriscono la superficie della neoplasia. Per un' azione astringente ed in pari tempo antisettica si può far uso con molto vantaggio di quattro a cinque grammi di percloruro di ferro ed altrettanti di tintura d' iodo sciolti in circa mezzo litro d' acqua. Come semplici astringenti, servono l'allume, o l'acetato di piombo. Come antisettico, il permanganato di potassa non vale molto. Il più efficace è forse l' acido fenico, ma non sono da disprezzarsi le deboli soluzioni di bromo o d' iodo, oppure una solu-

zione di quattro a cinque grammi di clorato di soda in circa mezzo litro d'acqua, o infine il liquore di calce clorata.

La trementina di Scio, introdotta recentemente da Iohn Clay, come cura del cancro del collo, non ha avuto successo al pari di altre reputate cure. Io l'ho esperimentata in un numero considerevole di casi, ed in nessuno ne ho ottenuto l'arresto di sviluppo della neoplasia. In alcuni casi in un primo tempo ho trovato, che dopo un intervallo di parecchi mesi l'emorragia e anche il dolore son diminuiti, e la superficie del tumore m'è parso che sanguinasse meno toccandola. In altri la trementina è tornata interamente inutile È probabile che il vantaggio ricavatone si possa spiegare con la sua azione stittica e riduttiva della corrente sanguigna, al pari delle altre forme di trementina. La trementina di Scio è assai più facilmente assorbita in un'emulsione che non in pillole. Si può scioglierla nell'etere o nell'alcool rettificato caldo, e la soluzione versarla in una mistura mucilaginosa, con un po' di sciroppo di limone o di zenzero per renderla meno sgradevole. Il sig Clay consiglia la prescrizione di 33 centigrammi per dose.

Quanto alla cura generale, si prescriva una scrupolosa astinenza sessuale, una dieta leggiera e nessuno o ben parco uso di sostanze eccitanti. I rimedi interni non pare abbiano molta influenza sull'emorragia, ma l'ergotina e l'acido gallico, insieme alle cure locali, possono essere utili. In molti casi, a misura che il morbo progredisce, l'indicazione più urgente è quella di alleggerire il dolore. Nei periodi iniziali si possono tentare il giusquiamo, la canfora, la canape indiana, massime nella forma di clorodina, la belladonna ed il conio maculato, ma in generale il loro effetto non è in alcun modo paragonabile a quello dell'oppio e suoi alcaloidi, i quali sono principalmente d'adoperarsi quando gli altri non sono tollerati. Se l'oppio e la morfina non vengon bene tollerati presi per bocca, spesso rispon-

dono in forma di suppositorî o d' iniezioni ipodermiche. Per un uso protratto, d' ordinario il miglior preparato è il liquore sedativo di Battley. La dose non dev' esserne accresciuta troppo presto da principio, ma nei casi molto gravi non si deve aver ritegno di amministrarlo generosamente. Si abbia in pari tempo la cura di mantenere il ventre obbediente, e che le feci non siano dure. I tonici, specialmente il ferro e la chinina, possono in qualche modo combattere la cachessia, e finalmente i disturbi digestivi siano attentamente sorvegliati ed opportunamente curati.

Cancro del Corpo dell' Utero.

Etiologia. — Il canero del corpo dell' utero, tuttocchè assai meno frequente di quello del collo, pure non è estremamente raro. Non ha come questo preferenza per le donne maritate e per quelle che hanno avuto molti figli, ma è più comune invece nelle multipare. Il vero carcinoma del corpo dell'utero si manifesta in più tarda età che non quello del collo. Al disotto dei 40 anni è raro, e tra' 50 e i 60 è più comune che nol sia tra' 40 e i 50. Il sarcoma però è relativamente più frequente durante il periodo dell'attività sessuale.

Anatomia Patologica. — Le forme principali di cancro del corpo dell'utero sono due: il vero carcinoma ed il sarcoma, quest'ultimo ritenuto il più frequente. I sarcomi globi-cellulari hanno dal punto di vista clinico tutti i caratteri della malignità, benchè il corso non ne sia tanto rapido quanto quello del cancro midollare. Anche i fusi-cellulari, quantunque di sviluppo più lento e meno dissimili dai benigni, pure possono produrre metastasi negli organi lontani. Di sarcoma del corpo dell'utero v'ha due varietà. La prima di forma più frequentemente fusicellulare sorge nelle pareti muscolari dell' organo spesso per degenerazione d'un fibroma, ma non è mai incapsulata. Può assumere l'aspetto d'un poli-

po, e distinguersi da questo sol per la struttura microscopica e pel fatto della recidiva. Son questi i tumori, che gli scrittori antichi descrivevano col nome di « fibromi ricorrenti ». Essi posson contenere più o meno di tessuto muscolare, poichè la loro struttura è quella de' mio-sarcomi, o fibro-mio-sarcomi. La seconda varietà sorge dalla superficie interna, e d'ordinario della forma globi-cellulare, traendo probabilmente origine dalle cellule connettivali rotonde ed allungate della mucosa. Esso acquista rapidamente un aspetto fungoso, e ben presto dà luogo ad emorragia e scolo fetido, rivelandosi così di natura indubbiamente maligna. Il vero carcinoma può aver origine dalle glandole uterine, le quali dapprima possono limitarsi ad estendersi profondamente nel tessuto, mentre gli acini glandolari conservano il loro carattere. Indi ha luogo la proliferazione dell'epitelio, che riempie più o meno il lume degli acini, e le cellule perdono il loro aspetto cilindrico disponendosi a pile irregolari.

Gruppi di queste cellule incominciano a formarsi nel parenchima circostante, oppure vi emigrano dagli acini, e così la neoformazione degenera in carcinoma. In alcuni casi essa può conservare in gran parte il carattere di tessuto glandolare, rassomigliando alle altre neoformazioni chiamate col nome di cilindro-epitelioma o cancro adenoide, e che si trovano nel tubo digerente, e talvolta appariscono per metastasi in altri organi. Il cilindro-epitelioma pare che sia la forma iniziale più comune del cancro che si sviluppa dalla superficie interna del corpo dell'utero. In parecchi casi io l'ho trovato uniformemente distribuito su tutta la superficie interna, come se la mucosa avesse subito un enorme inspessimento. Vi è sempre però deviazione, più o meno, da' caratteri del tessuto glandolare normale. È probabile che il vero carcinoma possa avere origine anche dal parenchima dell'utero, ma non è ancora un fatto accertato. Come negli altri organi, il carcinoma può prender la forma di noduli più o meno isolati, oppure può infiltrare diffusamente tutto l'organo.

Son degni di nota alcuni casi, ne' quali generalmente dopo la menopausa l' utero si estende, e forma una cavità contenente pus, senza che alcuna ostruzione si opponga alla fuoruscita de' liquidi attraverso il collo. Ad un tale stato, del pari che a quello, in cui l'utero si riempie di pus con occlusione del collo, è stato dato il nome di *piometra*. Ad occhio nudo quel che si vede è un semplice stato d'infiammazione delle pareti uterine, ma il processo può avere un corso ed assumere un carattere apparentemente maligno, e terminare infine con la perforazione della parete dell' utero e la formazione di una cavità fra le intestina. In due casi io ho trovato, che, quantunque al microscopio non si rilevasse se non un infiltramento di cellule infiammatorie, pure qua e là nella parete uterina v'era qualche cosa che accennava ad una neoplasia maligna, sarcoma o carcinoma. Sembra in tutti i modi probabile che in molti di questi casi lo stato infiammatorio sia determinato dalla presenza del cancro, e ciò malgrado l'assenza dell'emorragia sintomatica.

Sintomi ed Esiti. — In tutte le forme di cancro del corpo dell'utero, il sintoma culminante è d'ordinario l'emorragia. Nel carcinoma del pari che nel sarcoma globi-cellulare, quando già ha avuto luogo il disfacimento della superficie, si ha uno scolo fetido, che più comunemente manca nel sarcoma fusi-cellulare, meno in uno degli ultimi periodi. In molti casi un dolore vivo e lancinante è sintoma piuttosto precoce, che in altri manca fino ad un periodo molto avanzato, benchè però non manchi quasi mai, quando è cominciato l'infiltramento degli organi circostanti. Negli ultimi periodi la cachessia cancerigna diventa più marcata. Il cancro può estendersi al collo dell'utero, agli organi vicini, e per metastasi in altre parti. Può avvenire altresì che si deprima in alcuni punti formando nella spessezza della parete uterina cavità piene d'un contenuto gangrenoso o semipurulento, simili a cisti. Da principio questi spazii cistiformi possono essere

limitati da una pseudomembrana, ma possono aprirsi nella cavità peritoneale dando luogo ad una fatale peritonite. A parte questi accidenti, la morte può seguire all'emorragia e all'esaurimento, oppure può dipendere da peritonite senza perforazione, o infine da setticoemia.

Diagnosi. — Il cancro nel suo inizio può facilmente confondersi con un fibroma, specialmente con un fibroma complicato da fissazione dell'utero, in seguito ad infiammazione periuterina. Talvolta la distinzione può esser fondata sul fatto, che d'ordinario nel cancro v'è emorragia frequentemente ricorrente negl'intervalli della mestruazione, oppure uno scolo persistente striato di sangue. L'uso della sonda può facilmente provocare una profusa emorragia. Il fatto che il tumore comincia o si sviluppa rapidamente dopo la menopausa, del pari che la presenza di liquido ascitico, deporrebbe della sua maligna natura. Se si constata entro l'utero durante il periodo dell'attività sessuale una massa fungosa e molle, che non è prodotto di concepimento, la diagnosi probabile è quella di sarcoma globi-cellulare. Il solo mezzo certo però di distinzione, nel periodo iniziale del cancro, è quello di escidere una porzione di tessuto ed esaminarla al microscopio. Uno de' modi più semplici per aver una porzione di tessuto è quello d'introdurre un catetere d'argento e girarlo intorno a mo' di vite due o tre volte. Ritirando il catetere, si trova il tessuto nell'occhio del catetere. Se questo non riesce, si dilata il collo, e si strappa un frammento di tessuto col dito, oppure lo si raschia con un abrasoio. Il frammento sia non molto piccolo, in modo da poterne fare delle sezioni dopo averlo indurito, e l'osservatore deve avere sufficiente esperienza della mucosa sana e della malata. A periodo inoltrato del processo hanno luogo l'indurimento e la fissazione delle parti circostanti, e si possono allora constatare delle masse nodulari come glandole.

Cura. — Se l'operazione di Freund per l'estir-

pazione totale dell'utero, o il metodo di estirpazione attraverso la vagina avessero una statistica meno lugubre, i casi di cancro, specialmente di cilindroma, della mucosa del corpo dell'utero sarebbero più ch'ogni altro indicati per essa, mentre l'utero rimane perfettamente mobile, prima cioè che il processo invada la parete esterna dell'utero, o dia luogo a depositi metastatici. In generale la cura non può essere che palliativa, specialmente per alleviare il dolore. Le forti emorragie si arrestano coll'acido nitrico, o abradendo la superficie proliferante col cucchiaio di Simon, dilatando prima il collo, se è necessario. Qualunque massa di sarcoma o carcinoma dall'aspetto di polipo, si asporta collo schiacciatoio.

Tubercolosi dell' Utero.

La tubercolosi dell'utero è rara, ed è quasi sempre associata a tubercolosi in altri organi. Il tubercolo è depositato nella mucosa, e si trasforma in una sostanza caseosa, che si rammollisce, e si ulcera. Tutto l'interno del corpo dell' utero può per tal modo convertirsi in una cavità più o meno sfrangiata, e il morbo d'ordinario non si estende al collo. Le trombe di Falloppio per lo più sono affette nello stesso modo, e sovente vi si associa la tubercolosi dell'ovaie e del peritoneo.

La maggior importanza del morbo in altri organi spesso distrae l'attenzione dall' utero. I sintomi locali sono uno scolo purulento, con emorragia occasionale, ma d'ordinario amenorrea piuttosto che menorragia. L' utero si trova uniformente ingrandito, e può essere anche fissato. La presenza della tubercolosi in altre sedi agevola la diagnosi, specialmente la peritonite tubercolare. La cura può essere soltanto palliativa.

CAPITOLO VIII.

MALATTIE DELLE OVAIE.

Anomalie delle ovaie.

Le ovaie possono essere congenitamente assenti, ma questo difetto va quasi sempre insieme alla mancanza dell'utero, e generalmente s'accompagna anche a difetto di sviluppo della vagina, della vulva e delle mammelle. È più frequente il caso che vi siano le ovaie, mentre l'utero manca. Quando mancano le ovaie, si ha la perpetuazione d'uno stato infantile in tutto l'organismo, compresa anche la statura, ma in alcuni casi vi può essere qualche cosa che si approssima al tipo maschile. Il senso sessuale d'ordinario non esiste.

Assai più comune è lo sviluppo incompleto delle ovaie. Può esser associato ad uno stato rudimentale dell'utero, o più spesso ad un utero piccolo in anteflessione, o infine ad una vagina piccola, mentre l'utero è ben formato. La mestruazione e i cambiamenti generali in rapporto colla pubertà, o sono ritardati, oppure non appariscono affatto. La mestruazione, quando comincia, è scarsa ed irregolare, soggetta per lievissime cause ad arrestarsi per lungo tempo o permanentemente, mentre d'altra parte la menopausa avviene precocemente. In generale lo sviluppo dell'organismo non va molto al di là dello stato infantile, oppure il corpo è muscolare con tendenza a produzione di peli sul mento e sulle gambe, e una voce piuttosto aspra. Sovente il bacino è

uniformemente piccolo, oppure di tipo infantile o mascolino. D'ordinario v'è pure deficienza del senso sessuale, e ciò può render la vita coniugale pochissimo felice.

Anche se lo sviluppo delle ovaie è incompleto, o ritardato solo tanto da differire di tre o quattro anni il principio della mestruazione, pure può seguirne uno stato permanentemente anormale. Mancando allo sviluppo del bacino lo stimolo dell'utero o delle ovaie che alla lor volta si sviluppano, stimolo normale nel tempo della pubertà, finchè passa il periodo di sviluppo delle ossa, un bacino infantile può esserne il risultato permanente, e verificandosi mai la gravidanza, il parto naturale sarebbe impossibile.

Sovente è molto difficile diagnosticare in modo assoluto l'incompleto sviluppo delle ovaie, poichè, sebbene vi si associi di frequente un seno infantile e il difetto del carattere femminile, pure non è sempre così. Questi altri difetti possono non esistere, ma si può fare una diagnosi probabile in casi di amenorrea prolungata, della quale non si può appurare altra causa, massime poi se mancano interamente que' disturbi, e quelle sensazioni di disagio, che formano per così dire il corteo della mestruazione, e più, se è evidente l'indifferenza sessuale.

L'assenza completa delle ovaie difficilmente si distingue dall'incompleto sviluppo, ma si può fare una diagnosi di probabilità, se in una donna non molto pingue, praticando l'esame bimanuale coll'aiuto dell'anestesia non si constata nulla che somigli alle ovaie, se il senso sessuale è interamente nullo, e se tornano interamente frustranei tutti i mezzi adoperati per provocare la mestruazione. È il caso allora di desistere da ogni ulteriore trattamento.

Cura. — Poichè lo sviluppo incompleto delle ovaie è in rapporto più o meno stretto con un' amenorrea prolungata o permanente, così ci occuperemo della sua cura nel trattare dell'amenorrea.

Atrofia delle Ovaie.

L'atrofia fisiologica delle ovaie, che avviene d'ordinario circa il tempo della menopausa, può essere prematura, e provocare la cessazione della mestruazione. Questo può essere il risultato d'un'ovarite acuta, o di una pelvi-peritonite o d'una cellulite, ma più specialmente d'una peritonite, per la quale le ovaie possono essere abbassate ed obbligate ad una posizione anormale, che impedisce la discesa naturale degli ovuli. Qualche volta questo può anche avvenire senza alcun'affezione locale, come seguito di una grave malattia, oppure per le conseguenze sul sistema nervoso d'un vivo dispiacere o d'una forte emozione. Tutto ciò si verifica più facilmente, se le ovaie hanno fin da principio qualche cosa d'imperfetto nel loro sviluppo.

Cura. — Del trattamento dell'atrofia, come di quello dell'incompleto sviluppo, ci occuperemo nel capitolo dell'amenorrea.

Prolasso delle Ovaie.

Allo stato normale l'ovaia rimane in avanti quanto glielo consentono i suoi attacchi, benchè sempre posteriore al piano del legamento largo, ed è mantenuta in sito della pressione delle intestina che riempiono la fossa dietro di essa.

Lo spostamento più notevole dell'ovaia è quello, in cui essa discende al disotto del suo livello normale e troppo all'indietro, portandosi fin nella borsa di Douglas, ed in pari tempo per il suo attacco all'angolo dell'utero a mezzo del legamento ovarico, essa è necessariamente portata più vicina alla linea mediana.

Le cause di questo spostamento sono: 1° peso aumentato dell'ovaia in seguito ad iperemia, iperplasia o ad un principio di degenerazione cistica o di altra specie; 2° rilasciamento del mesovario, o in

generale del legamento largo; 3° retroflessione, retroversione o prolasso dell'utero. Per questi spostamenti dell'utero, le ovaie sono necessariamente portate indietro ed in basso, e le anse intestinali, che d'ordinario le mantengono a posto, sono anch'esse spostate.

Sintomi ed Esiti. — In tale posizione le ovaie sono quasi invariabilmente affette da iperemia cronica o da ovarite, e non di rado esse vengon fissate in seguito ad infiammazione della porzione di peritoneo che le ricovre. Lo spostamento rendendo l'ovaia molto esposta a pressione o ad influenze traumatiche, tende anche a promuoverne o sostenerne l'infiammazione. Di guisa che si hanno i sintomi dell'iperemia o dell'infiammazione dell'ovario, spesso in grado acuto, e i sintomi, che lo spostamento esacerba in ispecial modo, sono il dolore nella defecazione e il dolore nel coito.

Diagnosi. — Le ovaie prolassate possono essere raggiunte più o meno facilmente dal dito nella vagina o nel retto.

Quando il prolasso è lieve, l'inferma si esamina in posizione laterale, ed il dito colla superficie flessoria rivolta al sacro dev'esser portato più in alto ch'è possibile posteriormente al collo dell'utero, e un poco posteriore anche all'uno o all'altro dei suoi lati. Le ovaie si riconoscono al volume ed alla forma alquanto globulare, spesso con delle irregolarità nodulari. Esse son pure più o meno mobili, ed hanno una morbidezza peculiare analoga a quella dei testicoli. Quando son premute, danno dolore, e non di rado anche manifestazioni isteriche.

Nel portare in avanti il fondo dell'utero per mezzo della sonda, l'ovaia spostata è in certo modo portata in su. Vi può essere talvolta difficoltà nel distinguere un'ovaia prolassata dal corpo dell'utero retroflesso. La distinzione può farsi, rimettendo l'utero completamente a posto, se retroflesso, per mezzo della sonda. Si constaterà allora l'ovaia posteriormente al collo, benchè portata un poco in sopra

in seguito alla riconduzione a posto dell' utero. Se tutte e due le ovaie sono in prolasso, il doppio tumore rende la diagnosi più ovvia.

Cura. — In casi di utero retroverso o retroflesso è importante correggere, se è possibile, questi spostamenti, ma la morbidezza dell' ovario rende difficile l' applicazione d' un pessario tollerabile, anche quando col riposo e colla deplezione locale si sia curata l' iperemia.

In molti casi però si può adoperare un pessario di Hodge, per rimettere a posto l' utero e portare l' ovario alquanto in su. Si scelga uno strumento abbastanza grosso, o uno che abbia una notevole espansione cilindrica nella sua parte posteriore, come quello del Thomas (fig. 30). Se questo non è tollerato, può riuscire utile un pessario anulare elastico (v. p. 123). Il trattamento generale dev' essere quello dell' iperemia o dell' infiammazione ovarica (v. p. 281), avendo cura speciale che le feci non siano dure.

Ernia dell' Ovario.

L' ovario può discendere in un sacco erniario, d' ordinario di specie inguinale. Si è descritta un' ernia congenita, ma molto rara, in cui una o tutte e due le ovaie per difetto di sviluppo discendono nel grande labbro, oppure in una sacca del peritoneo che rimane aperta nel canale inguinale, precisamente come il testicolo discende nello scroto nell' uomo. Il corpo disceso è generalmente irriducibile, e spesso esistono anomalie degli altri organi genitali. L' ernia ovarica acquisita per lo più si associa ad ernia dell' intestino o dell' omento, ed è più facile immediatamente dopo il parto, quando gli attacchi dell' ovario son rilasciati. Nella sua anormale posizione l' ovario può infiammarsi e degenerare. Nel caso d' un ermafrodite, un corpo di dubbia natura è più facile che sia un testicolo che non l' ovario, il che non viene infirmato, neppure quando gli organi ge-

nitali esterni ed il tipo generale siano completamente femminini. Simili casi par che siano esempî del cosiddetto « ermafroditismo trasverso », del resto molto raro, in cui i genitali esterni son femminini e gl'interni mascolini. Per tal modo in casi di corpi di dubbia natura esistenti congenitamente nel canale inguinale o nelle ninfe è più probabile che siano testicoli, a meno che non vi si constatino degl'ingrandimenti regolari ad intervalli mensili, o non vi si riconosca un utero più o meno indubbiamente sviluppato.

Cura. — L'ernia acquisita può esser ridotta, e impedirsene il ritorno per mezzo d'un cinto. Nell'ernia congenita o irriducibile si protegge l'ovario con una piastra concava a forma di scudo. Se l'ovario s'infiamma, e reca molta molestia, può ricorrersi all'escisione, e l'operazione si farebbe con tutte quante le precauzioni antisettiche.

Ovarite Acuta.

L'ovarite acuta (o ooforite, come è stata chiamata con maggior proprietà filologica), è un'affezione rara. Nella sua forma più grave, che mena alla formazione di un ascesso, essa in generale è il risultato dell'assorbimento di sostanze settiche dopo il parto o l'aborto, e fa parte d'un'infiammazione acuta dei legamenti larghi e del peritoneo adiacente. Astrazione fatta dal parto, l'ovarite può associarsi a pelvi-peritonite o a cellulite, specialmente ma non esclusivamente a quelle d'origine settica. Un ascesso nell'ovario può anche seguire ad operazioni sull'utero, ad applicazione di caustici nel cavo uterino o all'uso di aste intrauterine. Un ascesso che ha avuto origine da un'ovarite può avere un corso cronico e dar luogo a sintomi simili a quelli d'un tumore cistico. Più comunemente però la suppurazione è secondaria ad un morbo cistico. Un ascesso ovarico può aprirsi nel cavo peritoneale e dar luogo ad una peritonite fatale.

Un' ovarite alquanto meno acuta, che d'ordinario non termina con l' ascesso, può dipendere dalla diffusione d' un processo d' endometrite, specie d'origine gonorroica. Pare che l' infezione si estenda direttamente all' ovaia nel periodo mestruale, quando è abbracciata dalla tromba di Falloppio. Di ovarite può esser veicolo una pelvi-peritonite, la quale è alla sua volta risultato frequente d' infiammazione gonorroica. Si sono avuti casi di ovarite per contagio gonorroico , anche senz' infiammazione acuta della vagina. L' ovarite acuta, che non termina con l' ascesso, può anche manifestarsi nel corso d' un' infezione specifica, come il vaiuolo. A causa dell' ovarite il tessuto può risultare tanto disorganizzato, che l' ovulazione cessa, e ne consegue un' amenorrea permanente. Le forme subacute son capaci di lasciarsi dietro un' ovarite cronica , e conseguenza comune delle aderenze peritoneali, che rimangono intorno all' ovario, è la sterilità.

Diagnosi.—I sintomi dell'ovarite acuta si confondono per lo più con quelli della setticoemia, peritonite o cellulite a cui si associa, e questo è quasi sempre il caso nelle forme più gravi. Quando però l' ovarite primeggia, la diagnosi può esser fatta in base alla localizzazione del dolore ed alla morbidezza, non che in base alla ricognizione, a mezzo dell'esame bimanuale, d'una tumefazione rotondeggiante, d'ordinario immobile, che occupa il posto della ovaia.

Cura.—Nella forma setticoemica nulla può esser fatto direttamente sull'ovario. Nella semplice infiammazione, quando l' ovarite acuta forma gran parte dell'affezione, si prescriva il riposo assoluto, e delle mignatte da applicarsi agl'inguini, intorno all'ano oppure sul collo dell'utero. Si faccia uso di cataplasmi o di fomenti e d' oppiati con ioduro di potassio. Constatandosi un ascesso, si abbia cura di evitare ogni movimento che potrebbe occasionarne o agevolarne la rottura nel cavo peritoneale. Se dalla vagina si può sentir la fluttuazione, il pus si vuoterebbe per mezzo d'un aspiratore.

Iperemia dell' Ovario e Ovarite Cronica.

Etiologia.—Poichè le ovaie al pari dell'utero vanno naturalmente soggette ad un' iperemia attiva periodica, quest' iperemia può esser aggravata da varie cause, e quindi diventare infiammazione. Qui, più che nel caso dell' utero, è ancora difficile tirar una linea di demarcazione tra l' iperemia e l' infiammazione, poichè le ovaie son meno accessibili all' osservazione. La tendenza all' iperemia ovarica spesso è una peculiarità costituzionale dell' individuo, e va probabilmente unita ad uno sviluppo eccessivo dell' organo, o alla sua troppa sensibilità a' pensieri lascivi. In generale ne sono affette le donne d' un temperamento iperestesico, e spesso anche predisposte all' isteria. Son le donne che cominciano a mestruare troppo presto, la cui mestruazione è abitualmente profusa fino a dopo il matrimonio ed il parto, quando diventa più normale. La menopausa è in generale ritardata, purchè però non la renda prematura qualche causa di degenerazione uterina od ovarica.

Le cause più importanti d' iperemia ovarica riflessa sono le condizioni morbose dell' utero, più soggetto delle ovaie a spostamento, non che a disturbi di mestruazione dipendenti da anomalie, e più esposto infine alle influenze traumatiche. L' ovarite cronica può seguire ad un' endometrite cronica per diffusione dell' infiammazione dell' utero lungo la tromba di Falloppio, senza che avvenga ovarite acuta. Quando fin dalla pubertà si sono avuti i sintomi di dismenorrea ostruttiva, non è in alcuna guisa raro che vi si aggiungano dopo qualche anno i sintomi della dismenorrea congestiva o quelli dell' ovarite cronica. In tali casi è impossibile determinare, se si tratti solo d' influenza nervosa riflessa, o se vi sia diffusione diretta dell' infiammazione dell' endometrite cronica che generalmente esiste. L' abuso di piaceri o di eccitamenti sessuali può anche produrre un' iperemia ovarica. La masturbazione poi è senza dubbio una

delle cause d'iperemia tanto dell'ovario quanto dell' utero, e simile conseguenza può produrre anche un coito imperfetto. Questo ultimo fatto può dipendere sia dall' eiaculazione prematura dello sperma, conseguenza dell' abito alla masturbazione o di altre cause, e sia da una relativa freddezza sessuale o difetto di vigore generale nella donna. Può anche aversi iperemia, quando per una causa qualunque si effettua il coito in modo che la clitoride non sia sufficientemente eccitata. Per la mancanza dell' orgasmo naturale (simile all'orgasmo dell'uomo nel momento dell' eiaculazione) nella donna, mancanza che non è poi tanto rara, viene anche a mancare il sedativo normale dell'eccitamento sessuale e della congestione. E questa causa non solo può dar luogo ad una congestione locale, ma più specialmente a manifestazioni isteriche. Il celibato dev' esser iscritto fra le cause d'iperemia ovarica, poichè col matrimonio, anche che non si verifichi gravidanza, sempre si appresta un sollievo alla menorragia, alla dismenorrea congestiva ed agli altri sintomi d'irritabilità dell' ovario. Ma dall' altra parte all' iperemia ovarica o all' ovarite spesso si associa l' endometrite cronica o la metrite con sterilità, e questo in parte è dovuto al difetto del riposo fisiologico che la gravidanza appresta all' ovario. Le ovaie tumefatte e morbide esistono non di rado anche in donne che hanno avuto figli, talvolta come apparente conseguenza del parto, conseguenza cioè di lacerazione o infiammazione del collo, retroflessione, prolasso parziale dell' utero o altre lesioni, che possono aver origine dal parto. In simili casi però l'affezione non mostra l'ostinatezza, che spesso in grado estremo manifesta nelle nullipare.

L' *iperemia passiva* dell' ovario è prodotta da cause generali, simili a quelle che la determinano nell'utero, e specialmente da costipazione. Una volta avvenuto il prolasso dell' ovario, la sua circolazione venosa è più ostacolata, e l' ovario diventa più accessibile alle cause irritanti. L' iperemia passiva rende l' organo più vulnerabile dalle cause infiammatorie,

e tende a produrre iperplasia ed ingrandimento. L'induramento del tessuto superficiale può impedire la rottura normale de' follicoli, e determinare così un' infiammazione secondaria oppure una degenerazione cistica. L' importanza dell' iperemia passiva, come causa predisponente dell' ovarite cronica, è dimostrata dalla preponderanza dell' affezione nel lato sinistro. Questo fatto, che trova riscontro nella prevalenza del varicocele nel lato sinistro dell' uomo, deve dipendere dalla presenza del retto e dell' S iliaca nel lato sinistro, per il che può avvenire la pressione sulle vene e specialmente sul corso più tortuoso della vena ovarica sinistra, che, invece di sboccare direttamente nella vena cava, sbocca nella vena renale.

L' infiammazione dell' ovaie può essere semplicemente il risultato d' un aumento dell' irritazione riflessa che dà luogo all' iperemia attiva, o può esser prodotta indirettamente dalla iperemia, cui si deve un eccesso nella lieve effusione normale di sangue alla rottura d' un follicolo. Dal che può provenire o l' irritazione e l' infiammazione dell' ovario direttamente, oppure l'infiammazione primaria del peritoneo adiacente e secondaria dell' ovario. Spesso l' ovarite cronica dipende da ovarite acuta, massime se d' origine gonorroica. Per lo più è in dipendenza da una pelvi-peritonite, sia per diffusione di processo, e sia per l' ostacolo che viene per tal modo opposto alla ovulazione normale, non che alla circolazione venosa. L'irritazione dovuta alla presenza de'follicoli, sia semplicemente distesi da un liquido, sia in istato d' incipiente degenerazione cistica, può anche dar luogo all' infiammazione. Il D. Matthews Duncan crede, che la causa più frequente di ovarite cronica sia l'abuso degli alcoolici, anche quando non si bevano in eccesso, e dice che un simile criterio quanto all' etiologia dell' affezione è corroborato, se non provato, dalla guarigione, che si consegue dopo un certo tempo di rigorosa e totale astinenza da ogni sostanza alcoolica.

Anatomia Patologica.—Che un mutamento organi-

co abbia comunemente luogo nelle ovaie funzionalmente attive, il quale sorpassa lo stato corrispondente ad una semplice iperemia, è dimostrato dalla frequenza con cui dopo morte si trovano i segni d'una peritonite locale molto limitata, originatasi secondo tutte le apparenze nelle ovaie medesime. Sovente anche esse si trovano ingrandite e nodulari per un'iperplasia irregolare, ed in casi simili spesso contengono delle piccole cisti con dentro del liquido, formate da' follicoli di Graaf ingranditi, probabilmente in seguito a degenerazione fibrosa dello stroma. Quando con l'ovariotomia si asportano le ovaie per allarmanti sintomi nervosi dovuti a cause irritanti, spesso sono state trovate degenerate ed avviluppate in mezzo ad aderenze, benchè non siasi mai diagnosticata alcuna pelvi-peritonite. Più spesso ancora esse sono state trovate ripiene delle piccole cisti già menzionate, da non confondersi però col cistoma ovarico. Parrebbe che queste piccole cisti non di rado raggiungono tale volume da ingrandire l'ovario, dandogli l'aspetto d'una massa globosa del diametro di due a tre pollici, e che un tale stato può terminare con la guarigione spontanea per rottura della cisti, senza dar luogo a gravi sintomi. Si son fatte distinzioni tra ovarite follicolare ed interstiziale, ma esse non possono dal punto di vista clinico esser praticamente separate, tuttocchè l'infiammazione de' follicoli sia senza dubbio il primo cambiamento a verificarsi, meno nelle forme settiche acute dell'affezione. In un periodo avanzato della degenerazione fibrosa l'ovario è impiccolito e retratto, e i follicoli di Graaf, qualunque sia lo stadio del loro sviluppo, sono scarsi, o mancano interamente.

Sintomi ed Esiti. — Il dolore in una delle regioni inguinali non indica necessariamente un'ovarite, ma è un sintoma comune di morbo uterino. Però nell'iperemia o nell'infiammazione ovarica, il dolore all'inguine, che si propaga in basso alla coscia, è un sintoma marcato, mentre v'è anche tenerezza nella regione ovarica, e i muscoli del lato affetto sono

rigidamente contratti per proteggere il punto più tenero. La menorragia è un sintoma abituale, meno negli ultimi periodi, quando l'ovario è atrofico, oppure esso è stato molto maltrattato dall'infiammazione. V' ha casi però, in cui l'utero può essere incompiutamente sviluppato o trovarsi nello stadio cirrotico della metrite cronica, ed allora la mestruazione può essere scarsa, mentre l'insufficienza del flusso mestruo è in parte la causa dell'iperemia ovarica. Talvolta s'è constatata un'iperemia più intensa in casi di completa assenza dell'utero. La mestruazione d'ordinario aumenta il dolore nella regione ovarica, e quest'aumento comincia per lo più alcuni giorni o una settimana prima del periodo mestruale. Il flusso mestruo sovente lo allevia, purchè non vi coesista alcuna causa di dismenorrea ostruttiva. Se v'è prolasso o ingrandimento dell'ovario, un sintoma degno di nota è costituito dal dolore nel coito, ed in tal caso anche la defecazione può essere specialmente dolorosa. La secrezione delle glandole del collo dell'utero può essere aumentata, senza che ne sia alterata la qualità, per irritabilità delle ovaie o per indebite emozioni sessuali. Un tale stato quindi può esser causa di leucorrea, senz'alcuna modificazione patologica dello stesso utero.

I sintomi nervosi che abbiamo enumerato nel capitolo dell'endometrite e della metrite (v. p. 204) sono più accentuati, massime in donne molto sensibili, nel caso d'iperemia ovarica e d'ovarite cronica. Gli effetti principali che si producono sono: nausea, vomito, flatulenza o altre nevrosi gastriche, dolore sotto la mammella sinistra o nella sommità del capo, e sopratutto isteria. L'isteria, che dipende in gran parte da una tendenza costituzionale, d'ordinario in sul principio è dovuta a manifestazioni dolorifiche, le quali negl'individui predisposti provocano tale uno stato d'irritabilità, che dopo qualche tempo il minimo eccitamento fisico o morale è sufficiente a produrre manifestazioni isteriche. Non è necessario che la sorgente primitiva dell'irritabilità risieda negli

organi sessuali, poichè talvolta l'isteria può manifestarsi prima dell'epoca della pubertà o dopo la menopausa, per una ferita o un trauma qualunque. Ma dell'isteria delle giovani donne pare che la causa più comune possa essere un'irritabilità dell'utero o delle ovaie, o qualche stato mentale in rapporto con emozioni sessuali, come un dispiacere amoroso, oppure in donne maritate la mancanza di soddisfazione completa ne' rapporti coniugali. Nelle forme più gravi d'istero-epilessia con allucinazioni, ricordate dal Prof. Charcot, la relazione con l'ovario è riportata come una delle più costanti; ed è altresì probabile che quando il primo fattore è rappresentato da un disturbo uterino, l'irritazione riflessa dell'ovaie vuole anche la sua parte. Così nel caso non raro di retroflessione ed ingorgo dell'utero con prolasso delle ovaie in una donna isterica, le manifestazioni nervose avvengono d'ordinario più facilmente per pressione subìta da un'ovaia, che non per quella subìta dall'utero. L'isteria non dipende necessariamente da eccitamenti sessuali o da astinenza, poichè può benissimo manifestarsi la prima volta in una donna maritata, come conseguenza d'uno spostamento dell'utero seguito al parto, o d'un'infiammazione periuterina, oppure di cause interamente indipendenti dal sistema sessuale. Però l'emozione sessuale ha la sua parte nella grande suscettibilità delle donne isteriche, e questo è il caso in modo speciale, quando l'iperemia ovarica è il punto di partenza dell'irritazione.

Diagnosi. —Il dolore ed anche la morbidezza della regione ovarica non bastano per una diagnosi positiva. Praticando con molta cura e delicatezza un'esplorazione vaginale, si troverà che, quantunque esista sovente una iperestesia generale, pure facendo pressione sull'ovario vi si constata una morbidezza veramente estrema. Se l'ovario è più o meno in prolasso, in modo che può esser raggiunto dal dito in vagina alquanto indietro del collo, questa morbidezza vien facilmente riconosciuta, e l'ovario si trova in-

grandito per lo più e nodulare. Se no, praticando l' esame bimanuale, si può comprendere l'ovario fra le due mani nella sua posizione normale, e si troverà ingrandito e morbido, ma in generale mobile. Qualche volta però l'esame bimanuale è frustrato dalla rigidità de' muscoli, ed allora, a meno che non si amministri un anestetico, non si può rilevare se non una aumentata resistenza ed una morbidezza eccessiva localizzata nella regione dell' ovario. Sovente l' esplorazione per la via del retto consente al dito di raggiungere l'ovario in una maniera più completa di quella che non sia possibile per la via della vagina.

Cura. — Si eviti di far rimaner l'inferma troppo a lungo in piedi o seduta, il che favorisce l' iperemia passiva. Gli esercizii molto prolungati di pianoforte e più ancora di armonium, o il cucire a macchina, sono cose che riescono specialmente dannose. Si tenga lontana quant' è possibile dalle emozioni, e le si ordini un riposo moderato. È importante rivolgere le possibili cure al sistema della porta, e render le feci molli per mezzo di lassativi salini. Sovente anzi è prudente procurare una scarica ventrale nella sera, di guisa che non rimanga sorgente di congestione venosa durante la notte. Alle maritate si ordini una rigorosa moderazione nel coito, ma nell'iperemia dell' ovaie l' uso moderato degli amplessi coniugali è preferibile ad un' astinenza totale, purchè non esista alcun' infiammazione acuta. Se il dolore locale è molto intenso, si può ricorrere al salasso locale del collo dell' utero, ed in tal caso le sanguisughe tornano più efficaci della puntura. L' effetto però non n' è così diretto come nell' iperemia dell'utero, ed il salasso non dev' essere ripetuto spesso, poichè nuocerebbe alla salute generale. Per lo più la controirritazione è preferibile al salasso, e si ottiene applicando delle pennellate di liquido vescicatorio sull' inguine, e ripetendole ad intervalli. Nei casi meno gravi le pennellature possono essere di linimento iodico, da continuarsi fino alla tolleranza. Il D.r Barnes raccomanda come controirritante più

energico la causticazione del collo dell' utero con la potassa fusa con la calce (v. p. 152). I controirritanti spesso riescono a mitigare i sintomi nervosi riflessi come il vomito, poichè la seconda irritazione pare che abbia un' influenza inibitrice sulla prima. Per frenare il vomito, il controirritante va meglio applicato sull' epigastrio.

I rimedii interni più valevoli sono il ioduro ed il bromuro di potassio. Il primo, prolungandone molto l'uso a dosi sufficienti, tende a produrre atrofia ed assorbimento del tessuto ovarico del pari che di ogni altro tessuto glandolare. Il bromuro però attenua l'iperemia attiva degli organi pelvici in generale, ed è nello stesso tempo un sedativo sessuale. Inoltre è tollerato più del ioduro. Quando esistano nevrosi gastriche ed intestinali, al bromuro o al ioduro possono aggiungersi gli amari lassativi (1).

Nello stadio più cronico si faccia una cura tonica generale, specialmente per combattere le manifestazioni isteriche e i sintomi riflessi, che sovente perdurano, anche quando la causa primitiva dell'irritazione è stata in gran parte rimossa. Sono specialmente efficaci i bagni freddi, e lo divengono di più, se sono coadiuvati da un cambiamento di soggiorno, preferibilmente da un corso di bagni in uno stabilimento idroterapico. Talvolta si ricava maggior benefizio da' bagni marini, o anche dall' aggiunta di sale a' bagni dolci. Il bromuro ed il ioduro possono associarsi alla chinina. Essendovi molta menorragia o iperemia attiva, si eviti il ferro, ma per la cura de' sintomi nervosi esso è di gran valore, e specialmente utile nella scarsa mestruazione. Combinato col bromuro, sovente vien meglio tollerato, e vi si può aggiungere anche un lassativo, se occorre. L'uso dell'alcool sia parco, e tutti i sedativi, massime gli

1) Questa è una buona formola: Solfato di Magnesia 1,25. Bromuro di potassio 0,80. Tintura di Genziana 2,50. Acqua 25,00 — tre volte al giorno. Piccole dosi di percloruro di mercurio amministrate per lungo tempo possono tornare vantaggiose come assorbenti.

oppiati, debbono esser riserbati possibilmente per attacchi parosistici, quando cioè possono esser amministrati nel modo descritto parlando della dismenorrea congestiva. Un semicupio caldo, o meglio tutto il bagno, in cui l'inferma rimarrebbe abbastanza lungo tempo, tornan di molto sollievo in simili circostanze. Quando il dolore è assai vivo, si può ricorrere ai cataplasmi o a' fomenti. L' alcool per un certo sollievo de' sintomi nervosi, o in qualunque tempo fuori pasto, deve essere sconsigliato.

Ne' pochi casi di gravi disturbi nervosi per irritazione delle ovaie, specie in quelli in cui è minacciata la ragione, il Dr. Battey ed altri han praticato l' ooforectomia, cioè l' asportazione delle ovaie funzionalmente attive o col metodo vaginale o con l'addominale. Il D.r Battey preferisce il metodo vaginale, ma quello del taglio addominale garentisce con maggior probabilità l'asportazione di tutto l'ovario, anche se aderente, e lascia maggior campo alle precauzioni antisettiche. L'esperienza ha dimostrato che il non asportare tutte e due le ovaie facilmente rende frustranea l'operazione.

Il metodo operativo raccomandato dal Dr. Battey consiste nel fare una piccola incisione posteriore al collo, con l' aiuto dello speculum di Sims, finchè non sia aperta la borsa di Douglas. Allora si tira ciascun' ovaia successivamente in basso nella vagina, si circonda con una legatura provvisoria il mesovario, e così viene asportato per mezzo dello schiacciatoio, senza lasciare alcuna legatura permanente. Il D.r Battey riporta tredici casi da lui operati col metodo vaginale, de'quali ne ha perduti tre, e tre operati col taglio addominale, senza averne perduto alcuno. In nove casi erano asportate tutte e due le ovaie, e la mestruazione cessò, mentre negli altri continuò come prima. In 123 casi di ovariotomia, o asportazione delle appendici uterine, non comprendendo operazioni eseguite per curare miomi, ma comprendendo 22 operazioni con le quali non si asportavano completamente tutte e due le ovaie, si

ebbero 14 morti in 100 operazioni fatte col taglio addominale e 4 in 23 operazioni fatte col metodo vaginale, cioè il 17.4 per 100. Finora quindi la mortalità è maggiore che non si aspetti, ma aumenta notevolmente, quando le operazioni sono eseguite da chirurgi che hanno poca pratica, e diminuisce sensibilmente, quando le operazioni vengono affidate a valenti specialisti. È così che il D.r Savage può riportare una serie di 26 casi, compresevi quattro operazioni per miomi, senz'alcuna morte. I Dottori Lawson Tait e Savage preferiscono il metodo del taglio addominale, e questo sarà forse in avvenire il più generalmente adottato. Pare che molte volte si sia stati solleciti più del bisogno ad eseguire l'operazione in casi di dismenorrea, o di forte dolore nelle donne isteriche. Se non che, vista la notevole decrescenza della media della mortalità, si può in massima consentire, che volendo affidare l'operazione ad un valente specialista, essa venga eseguita in casi estremamente eccezionali, in cui l'utilità ed il godimento della vita siano perfettamente distrutti da sofferenze riferibili ad una ovulazione morbosa. È però condizione indispensabile che i sintomi sieno in relazione più o meno intima con la mestruazione, in modo da poter con forte probabilità presumere che la menopausa naturale basterebbe a curarli, e che inoltre sia fatto chiaramente comprendere alla paziente la importanza dell'operazione. Adottando il metodo del taglio addominale, si pratica una breve incisione sulla linea mediana della parete addominale capace di far penetrare due dita; si va quindi in cerca delle ovaie, e si portano successivamente in avanti nell'incisione, rompendo o separando coll'aiuto del tatto ogni aderenza. Si passano allora da parte a parte con forti spilli i mesovarii, e si legano con seta fenicata. Il prolasso delle ovaie consiglierebbe come più ragionevole il metodo vaginale, ma questo non si mette in campo, se non quando sia fortemente presumibile che le ovaie siano libere da aderenze.

Cistomi o Tumori Cistici delle Ovaie.

Etiologia. — I tumori cistici sono le neoplasie più frequenti ed importanti delle ovaie. L'origine delle cisti in questa sede, come in altre, è stata attribuita da alcuni alla formazione d'uno spazio fra gl'interstizii dello stroma oppure all'ingrandimento di singole cellule. La speciale frequenza, però, di cisti in un organo che contiene normalmente delle cisti fisiologiche, quali sono i follicoli di Graaf, e la rarità con cui le cisti ovariche s'iniziano in un tempo che non sia quello dell'attività sessuale, sono indizii sufficienti che nella gran maggioranza de' casi le cisti traggono origine dallo sviluppo anormale o de'follicoli di Graaf attuali, oppure degli elementi embrionali dai quali si sviluppano, e quindi non sono altro che forme d'adenoma. Ne'tumori multiloculari, ed in molte delle cisti più piccole, il cui volume non sorpassa quello d'una ciliegia, ed il cui contenuto è un liquido limpido, il D.r Ritchie ed altri han potuto trovare l'uovo o i suoi avanzi, il che dimostra ad evidenza il modo d'origine delle cisti in casi somiglianti. Nelle cisti più grosse, ed in quelle dal contenuto colloideo, non si trova mai l'uovo, ed anche le cisti piccolissime differiscono da'più sviluppati follicoli di Graaf in ciò, che il loro epitelio di rivestimento consiste in un solo strato di cellule. Waldeyer, De Sinéty e Malassez sostengono invece che i cistomi delle ovaie non si sviluppano in alcun modo da'follicoli graafiani, ma da prolungamenti epiteliali interni o da tubi derivanti dall'epitelio superficiale dell'ovaia, dal quale epitelio si sviluppano le stesse uova.

Si suppone che molti cistomi s'originino nella vita fetale o nel primo inizio della vita estrauterina, per anormale processo di formazione de'follicoli di Graaf da prolungamenti epiteliali di siffatta specie, e che più tardi possa anche avvenire uno sviluppo di prolungamenti dall'epitelio superficiale. Questi prolun-

gamenti o sporgenze epiteliali interne son descritte da Malassez e da De Sinéty come aventi una forma glandolare, simile a quella d'un cilindroma. Io ho trovato simili escrescenze glandolari che cominciavano da' follicoli di Graaf, e ne era visibile tutto lo sviluppo ne'suoi varii stadii, da quello di un semplice diverticolo nella parete del follicolo. Parrebbe quindi che i cistomi possan trarre origine sia dai follicoli di Graaf in uno de'primissimi periodi del loro sviluppo, com' è probabilmente il caso delle cisti a contenuto mucoso o colloideo, e sia da follicoli in periodi più avanzati. Anche nella nascita si posson trovare delle piccole cisti a contenuto colloideo nell'ovaia, ma pare che non s'ingrandiscano prima della pubertà. Nulla si sa di certo quanto alla causa del primo apparire delle cisti, ma è probabile che in alcuni casi dipenda da iperplasia fibrosa dell' ovario, conseguenza abituale d'iperemia od ovarite pregresse, la quale impedisce la maturazione o la rottura de' follicoli, ovvero dipenda dallo svilupparsi de'follicoli a troppa distanza dalla superficie, in modo che non possono più raggiungerla. È possibile che la morte prematura dell'ovulo, in seguito all' impedita maturazione del follicolo, possa apprestare il campo ad una degenerazione cistica. Però nelle condizioni normali molti follicoli diventano atrofici senz'essersi mai maturati. È possibile inoltre che la mancata rottura d'un follicolo sia il risultato d' un' iperemia mestruale insufficiente nell'ovario, come avviene nella clorosi e nelle altre forme d'anemia.

Anatomia Patologica. — È uopo fare un' importante distinzione pratica fra' tumori formati da una o da ben poche grosse cisti e quelli formati da piccole cisti in gran numero. È raro però che una vera cisti ovarica sia uniloculare, e le due classi di cisti andrebber più propriamente distinte co' nomi di pauciloculari e di multiloculari. Nell' inizio della degenerazione le cisti son quasi sempre multiple, e la grossa cisti generalmente si forma per la confluenza di parecchie più piccole, oppure per la sua

maggiore rapidità di sviluppo. Quindi un gran numero di cisti, sia pauci che multiloculari, non sono che il semplice aggregato di cisti singole e più piccole.

Dalle precedenti van distinte le cosiddette *cisti prolifere*, le quali più di quelle si appartano dal normale sviluppo, e si approssimano alla classe delle neoplasie maligne. In questi tumori le cisti secondarie si formano sulle pareti delle primarie, invece di svilupparsi dallo strato ovigeno primitivo. La neoplasia ha in sulle prime un carattere glandolare. Il rivestimento epiteliale s' insinua nella parete cistica in forma di cripte, le quali poi divengono altrettante cavità più o meno distese dalla secrezione. Alcuni descrivono le formazioni glandolari come iniziantisi in forma di cavità chiuse al disotto dell'epitelio superficiale. In un'altra varietà di cisti prolifere la proliferazione assume l' aspetto di escrescenze papillari dalla parete cistica ricoverte da epitelio cilindrico, che nella sua proliferazione diventa irregolare e multiforme, e spesso si accumula in masse sporgenti, come grappoli, facilmente distaccabili. Alla rottura della cisti, sia che avvenga per eccessivo sviluppo delle escrescenze papillari, sia per altre cause, l'epitelio esuberante distaccatosi può esser veicolo d'infezione cancerigna nel peritoneo. Questa forma di neoplasia è stata chiamata *cistoma prolifero papillare*. In pari tempo le depressioni tra le papille in generale tendono ad invadere il tessuto sottostante sotto forma di cripte glandolari ramificate. È così che si forma un tessuto simile al cilindroma, identico a quello che pare costituisca lo stadio delle cisti prolifere. Questo tessuto può esser limitato, oppure può invadere il tessuto connettivo o sarcomatoso che sta fra le cisti. È probabile altresì che gli acini siano completamente riempiti dalla proliferazione delle cellule e dal tessuto cellulare addizionale infetto, in modo da costituire un vero carcinoma. È stato supposto da alcuni che le cisti secondarie si formino per l'unione delle papille adiacenti, e questa è anche l'opinione sostenuta dal D.r Wilson Fox.

La probabilità però sarebbe contraria a tale fusione delle papille in modo da formare una cavità completamente chiusa, e d'altra parte non sempre le cisti prolifere hanno una superficie papillare.

Le pareti d'un cistoma ovarico son ricoverte nella loro superficie peritoneale da un epitelio analogo a quello dello stesso peritoneo, e nell'interno da epitelio cilindrico, il quale nelle cisti più grosse è spesso costituito da un solo strato di cellule appiattite. La loro struttura è quella tipica del tessuto connettivo, e varia da un tessuto fibroso o areolare con pochi nuclei, in modo che lo si trova nelle pareti delle cisti grosse ed a lento sviluppo, ad un tessuto più vascolarizzato e formato imperfettamente, il quale dev'esser ritenuto per un sarcoma, d'ordinario fusi-cellulare. Pel rapido sviluppo di questo tessuto le pareti cistiche possono esser molto spesse relativamente alle dimensioni delle cisti, e, quando la proporzione di questo tessuto solido e fitto diventa notevole, allora il tumore è un cisto-sarcoma. La tendenza del tumore alla maligna natura è proporzionale all'abbondanza di questo tessuto solido, ed essa diviene più manifesta, se in qualunque punto del tessuto si possa constatare il carattere del sarcoma globi-cellulare. Una tal forma di neoplasia spesso affetta tutte e due le ovaie, e, quando si sieno stabilite delle aderenze, tende ad invadere gli altri tessuti; tende anche alla metastasi ed alla recidiva. Il non manifestare una malignità precoce, comparativamente agli altri sarcomi, ed il poter essere estirpato completamente, se non si arriva tardi, dipende probabilmente dal suo isolamento, mentre non ancora sono avvenute aderenze.

Il contenuto delle cisti varia da una sostanza gelatinosa o colloidea, che non passa attraverso una canula, ad un liquido chiaro e limpido. In moltissimi casi il liquido è alquanto vischioso d'un colore spesso brunastro o verdastro. Nelle cisti multiloculari, e specialmente nelle prolifere, il liquido è d'ordinario più gelatinoso. Sovente esso è grandemente va-

rio nelle diverse cisti dello stesso tumore, e per lo più è meno vischioso e gelatinoso nelle grosse che non nelle piccole. Il liquido più vischioso contiene albumina, paralbumina, metalbumina e peptoni, oltre una notevole proporzione di mucina. Si distingue però dalla serie delle altre sostanze albuminoidi, perchè non è precipitato dal tannino, nè da'sali metallici neutri, e galleggia nell'acqua. I cosiddetti tumori colloidei son fatti da una serie di piccole cisti contenenti un liquido mucoso o colloideo. In alcuni casi le cisti dal contenuto gelatinoso si rompono, anche essendo comparativamente piccole, per la tensione che produce l'abbondanza del contenuto, il quale può allora trovarsi nel cavo peritoneale. In casi consimili può aversi la degenerazione colloidea secondaria dell' omento e di altre parti. Talvolta anche in casi siffatti il liquido gelatinoso si trova non solo nelle cisti, ma anche tra le fibre del tessuto cellulare de'tumori, e questa condizione pare indichi una maggior tendenza all'infezione maligna delle parti adiacenti. In una vera cisti ovarica, e raramente nelle varie cisti d'un tumore multiloculare, si può trovare un liquido chiaro, limpido d'un peso specifico di 1010, contenente solo tracce d'albumina. Se però una cisti che abbia un tale contenuto è uniloculare, è più facile che sia d'origine parovarica (v. p. 290).

Alcune volte il liquido d' una cisti è corso attraverso l'utero, e questo può verificarsi ripetutamente. Allora d'ordinario si ha la cisti *tubo-ovarica*, che si origina nel seguente modo. Un follicolo di Graaf si rompe, e il punto della rottura si trova racchiuso entro il padiglione della tromba di Falloppio aderente pe' suoi margini all' ovaia. La comunicazione tra il follicolo e la tromba non si chiude, e quindi il follicolo subisce la dilatazione cistica. Allora il padiglione o parte del canale della tromba contribuisce alla formazione della cisti che ne risulta, e la tromba solo occasionalmente lascia passare il liquido. Per aderenze del padiglione della tromba all'ovaia, e per la distensione della cavità fatta da siero o da pus, si può

formare anche una pseudocisti, oppure può avvenire la rottura d'una cisti ovarica nell'estremo dilatato della tromba. Pochi sono i casi ricordati, in cui cisti semplici dal contenuto limpido sono state trovate attaccate al peritoneo senza connessione con l'ovaia, e questo è stato attribuito a degenerazione cistica d'un uovo non fecondato, che s'è attaccato al peritoneo, come l'uovo nella gravidanza addominale.

A misura che si sviluppano, i tumori ovarici divengono peduncolati. Il peduncolo, che può esser lungo e sottile o corto e grosso, contiene una porzione del legamento largo stirato, il legamento dell'ovaia, i vasi dell'ovaia e la tromba del Falloppio, che d'ordinario è ingrandita ed estesa più o meno sulla superficie del tumore. In alcuni casi però una cisti, che ha tutti i caratteri d'una cisti ovarica, occupa lo stesso posto della cosiddetta « cisti del legamento largo », senza peduncolo, e discendente profondamente fra le pliche del legamento largo: tutto questo può dipendere dal fatto che un follicolo, invece di farsi strada alla superficie dell'ovaia, è riuscito a farsela attraverso il mesovario al legamento largo.

La *Cisti Parovarica*, che costituisce la più importante varietà di quelle che sono state chiamate cisti del legamento largo, si forma per la distensione di uno ovvero di due tuboli del parovario, o organo di Rosenmüller, un piccolo corpo, che rappresenta il rudere de'dutti del corpo di Wolff, e che è allogato nella spessezza del legamento largo tra l'estremità esterna dell'ovaia e la tromba del Falloppio. Il suo sviluppo è lento, il volume n'è d'ordinario piccolo o moderato, ma qualche volta acquista tali dimensioni da distendere tutto l'addome. In generale si trova nelle giovani. Il contenuto n'è limpido come acqua, di peso specifico basso, per lo più al disotto di 1005, e contiene solo tracce d'albumina, che l'acido nitrico comunemente precipita, ma non il solo calore. Le cisti parovariche sono quasi sempre uniloculari, raramente fatte dalla fusione di più cisti. In alcuni casi diven-

gono peduncolate, ma sono atte a discendere fra gli strati del legamento largo più che nol siano i veri tumori ovarici. L'ovaia spesso se ne trova perfettamente indipendente col mesovario intatto. La tromba falloppiana si distende sulla cisti, più che non faccia nel caso di vera cisti ovarica, e può occupare circa tre quarti della sua semicirconferenza. Nella parete della cisti sono fibrocellule muscolari, che d'ordinario non esistono nella parete della vera cisti ovarica, e la si può dividere in due foglietti. Sovente è rivestita di epitelio vibratile. Le cisti parovariche non di rado guariscono con una sola puntura.

Sintomi ed esiti. — Le cisti ovariche, a misura che s'ingrossano, son soggette a contrarre aderenze colle parti circostanti, specie con l'omento e con le pareti addominali, ma talvolta anche con la pelvi, le intestina e perfino col fegato e con lo stomaco. Più i tumori sono solidi, e più facili son le aderenze. La nutrizione dei cistomi ovarici, specie se multiloculari, può esser compromessa o mancare addirittura, ed allora le cisti subiscono un processo di necrosi, senza putrefazione, finchè rimangono fuori il contatto dell' aria. Le pareti delle cisti posson rammollirsi, ed il liquido contenere dei brandelli di tessuto disfatto. La morte del tumore è più completa, se se ne schiaccia il peduncolo, in modo da comprimere i vasi. Però, anche dopo un simile accidente, un po' di vitalità può esser conservata per le aderenze vascolari. Lo schiacciamento del peduncolo, in guisa da strozzarlo, è creduto più comune nelle cisti dell' ovaia destra, e Lawson Tait attribuisce la causa di questo all'alternarsi della pienezza col vuotamento del retto. Ogni pressione tangenziale prodotta in tal modo non può mancar d'aver la sua influenza su di un tumore il quale si trovi più o meno fisso nel lato destro.

Le alterazioni necrotiche o altre cause posson determinare l' infiammazione del tumore, e allora le cisti posson suppurare ovvero può aversi versamento di linfa entro di esse. Come conseguenza delle alterazioni infiammatorie o necrotiche si può avere una perito-

nite generale, e in tal caso la superficie del tumore può aderire completamente] a tutte le parti circostanti. Anche senza che si determini una peritonite acuta, per la semplice irritazione prodotta dalla presenza del tumore, si ha sempre più o meno versamento di liquido nel peritoneo, e alle volte il liquido è abbondante, benchè il tumore sia piccolo. Talvolta per distensione, stiramento o altra violenza le pareti d' una cisti si rompono, il liquido può essere assorbito dal peritoneo, e si ha la guarigione spontanea. In altri casi il liquido dopo un certo tempo si raccoglie nuovamente. Se il liquido ha subìto alterazioni necrotiche o infiammatorie, oppure se proviene da una causa irritante, come è il caso di liquidi più densi, allora si ha una peritonite, che spesso porta rapidamente la morte. In casi rari dopo l'infiammazione e la suppurazione d'una cisti, il liquido può versarsi nell'intestino (d'ordinario nel retto) oppure all'esterno. Più raramente una cisti può versare il suo contenuto nella vagina o nella vescica. Il contatto dell' aria , comunque avvenga, o in seguito a puntura, oppure per comunicazione stabilitasi con l' intestino, può determinare l' infiammazione settica della cisti, la quale allora sarebbe riempita e distesa da un gas fetido. L' emorragia nelle cisti può aver luogo o per strozzamento, mercè lo schiacciamento del peduncolo, ovvero spontaneamente per escrescenze papillari. L'esito letale può avvenire allora per perdita di sangue, per una forte scossa (shock), per infiammazione della cisti, o infine per infiammazione del peritoneo dopo che la cisti s' è rotta. In rari casi s'è avuta la morte per ostruzione intestinale, e il volvulo s' è formato o per aderenze, o per pressione sull'intestino. La guarigione d'una cisti ovarica di qualche volume per assorbimento è molto dubbia, benchè dei tumori diagnosticati come cisti ovariche talvolta spariscano. In tali casi però può esserne avvenuta la rottura e la perforazione, oppure il tumore ha potuto essere una pseudo cisti (v. p. 300).

Nei primi periodi d'un tumore ovarico la mestruazione è spesso irregolare, dolorosa, e talvolta molto abbondante. Negli ultimi periodi, poi, spesso è diminuita, e si ha comunemente amenorrea se il tumore affetta tutte e due le ovaie. I sintomi generali son poco pronunziati, e spesso non si avverte altro che l' aumento di volume. Finchè la cisti è piccola e rimane nella pelvi, la pressione può render moleste la defecazione e la minzione. Queste molestie si attenuano quando il tumore si eleva nell'addome, ma possono anche esser aumentate se la cisti contrae aderenze che la fissano, mentre è ancora piccola. In altri casi un certo grado di dolore si sente proprio nel tumore, e gli accessi dolorifici possono essere anche l' indice d' una peritonite adesiva prodotta dalla sua presenza, tuttocchè questa peritonite locale abbia spesso un decorso molto latente.

A misura che il tumore s' ingrossa, la sua pressione interessa seriamente gli organi vitali, massime il cuore ed i polmoni L'inferma è in preda ad un depauperamento generale, ed il suo viso acquista l' espressione peculiare dell' emaciamento ed insieme dell'ansietà. La pressione sui vasi renali rende l'urina scarsa, e talvolta si ha albuminuria, benchè d'ordinario non prima che il tumore abbia di molto progredito. In alcuni casi, specialmente quando esistono aderenze pelviche diffuse, v'è pressione sugli ureteri, e le conseguenze dannose di questa nei reni. La pressione finalmente dà luogo ben di frequente ad edema agli arti inferiori, che può diffondersi alla parete addominale ed anche al dorso.

Quando nel tumore sono avvenute alterazioni infiammatorie o necrotiche, si stabilisce il principio d'una febbre etica irritativa. Questa febbre, quando non v'è dolore o altro che accenni ad una peritonite acuta generale, basta a denunziare le alterazioni avvenute nel tumore e a consigliarne la sollecita estirpazione, s' è possibile. Quando la gravidanza viene a complicare un tumore ovarico, il pericolo aumenta considerevolmente se si tratta d'un tumore grosso,

per l'eccessiva distensione, ed anche pel rischio di schiacciare il peduncolo del tumore. Se il tumore è piccolo, può occupare la pelvi ed impedire il parto.

Tutte le varietà di tumori ovarici posson raggiungere un volume enorme. Nel maggior numero dei casi di tumori grossi non sottoposti a trattamento chirurgico la morte avviene entro i due anni, benchè i tumori piccoli o di volume moderato possan rimanere in uno stato di quiescenza per lungo tempo. Eccezionalmente , anche in caso di tumori grossi , il decorso può esserne protratto per molti anni, ed in molti casi l' operazione della puntura è stata ripetuta moltissime volte.

Diagnosi. — Ogni qualvolta si sospetta la presenza d'un tumore addominale, l' inferma dev' esser situata in posizione dorsale su d' un letto niente soffice, con la testa poggiata su un cuscino basso, e le ginocchia ripiegate in su quanto è necessario per rilasciare i muscoli addominali. L'esame comincia col palpamento e con la percussione, per esser poi continuato coll'esplorazione bimanuale.

I *tumori falsi* o *immaginarii* dovuti a flatulenta distensione dell' intestino, a deposito d' adipe nella parete addominale, nell' omento, nel mesentere, o dovuti infine a contrazioni muscolari, si distinguono per lo più facilmente per la risonanza dell'addome, e pel risultato negativo dell'esame bimanuale. Nella massima parte di questi casi, se col distrarre l' attenzione della paziente, oppure coll'aiuto d'un anestetico si ottiene il rilasciamento dei muscoli, allora la mano può giungere a toccare attraverso la parete addominale il promontorio del sacro, senza rilevare la presenza di alcun tumore. Uno spesso pannicolo adiposo, può rendere la percussione parzialmente , ma non completamente ottusa. Ad ogni modo, si constati o no alcun tumore, si deve aver molta cura di osservare se vi sia o no gravidanza, e tra' fenomeni di questa rivolgere la massima attenzione alla consistenza del collo, al volume dell' utero ed allo stato delle mammelle.

Nei casi di tumori grossi, multiloculari, contenenti una o più grosse cisti, la diagnosi è generalmente facile. La superficie esterna n'è irregolare alla vista ed al tatto, e le prominenze irregolari spesso sono abbassate durante l'inspirazione. Su tutto il tumore v'è ottusità di percussione, e premendo molto colle mani sull'addome se ne possono toccare i margini. Tenendo una mano sull'addome, e dando con un dito dell'altra un colpo secco sulla parete addominale, si avverte il movimento del liquido in qualche punto, non per tutto il tumore, e dove il movimento del liquido non si percepisce, là vi sono parti più solide e resistenti. Questa sensazione vibratoria è un segno decisivo di presenza di liquido, mentre una semplice fluttuazione può esser talvolta data da un tumore elastico e semisolido. Nel caso d'un grosso tumore fatto principalmente da una grossa cisti, su cui si percepisce il movimento vibratorio del liquido per tutta l'estensione del tumore medesimo, è importante distinguere questa raccolta liquida da un idropeascite, distinzione spesso abbastanza difficile. In gran numero di casi la diagnosi differenziale poggia sulla forma dell'addome e sui risultati della percussione. Nell'ascite l'addome è più slargato lateralmente, mentre nel caso di cisti ovariche sporge più anteriormente, e tende a sovrapporsi alla sinfisi pubica. Nell'ascite e nella posizione dorsale la risonanza è ottusa ai fianchi e più o meno timpanica anteriormente, e le note plessimetriche dell'ottusità e del timpanismo cambiano col cambiar di posizione. Nel caso d'una grossa cisti ovarica v'è ottusità di percussione su tutta la parte centrale dell'addome, e per aver qualche po' di timpanismo bisogna percuotere sui fianchi abbastanza verso dietro. Quando infine una cisti ovarica, penetrata che sia l'aria, contiene gas e liquido, si avrà timpanismo anteriormente, ma la succussione leverà il dubbio.

Alla regola comune non mancano eccezioni, quando si ha l'ascite, e l'intestino è imbrigliato da aderenze, o il mesentere è accorciato in modo che nè l'uno

nè l' altro vengono in contatto colla parete addominale, ed anche quando l' addome è enormemente disteso, nel quale caso esso è prominente anteriormente, in modo che allora acquista la forma che suol dargli un tumore ovarico. L' intestino crasso fissato nel fianco corrispondente può dare del timpanismo, ed allora si avrebbero segni analoghi a quelli di una cisti ovarica. In ultimo, nel caso di cisti, qualche ansa intestinale può trovarsi aderente alla parete dell' addome, e dar luogo a timpanismo anteriore. Questo però avviene per lo più quando s'è avuto un processo infiammatorio in seguito alla puntura della cisti. Per sciogliere il dubbio bisogna cercar di rilevare la sede e i limiti del margine superiore del tumore, situando le palme delle mani sulla parete addominale verso il punto corrispondente al limite superiore dell' ottusità, e premerle poi durante l' espirazione. Si può anche cercar di osservare se durante una profonda inspirazione si constata qualche ineguaglianza di superficie e qualche spostamento in basso, oppure infine qualche sensazione di sfregamento. Quando il liquido è dentro una cisti ovarica, è generalmente possibile raggiunger dalla vagina il segmento inferiore di questa, spessissimo di fronte al collo dell' utero, e sentire l' impulso d' un urto dal disopra. Nella idropisia ovarica l'utero è generalmente portato alquanto in su, e la sua mobilità alquanto diminuita, mentre nell' ascite esso giace piuttosto in basso, ed è mobile. Nell' ascite il movimento vibratorio del liquido si estende fin verso il dorso, dove si ha un po' di timpanismo, mentre nell' idrope ovarico ha gli stessi limiti dell' ottusità, a meno che ascite ed idrope ovarico non coesistano. In alcuni casi il mezzo diagnostico più sicuro è una puntura preliminare. Si esamina per tal modo il liquido, e spesso, anche uscito il liquido, si constata qualche cisti secondaria oppure il tumore solido. Volendo, si può estrarre un pò del liquido anche per mezzo d' una siringa da iniezioni ipodermiche, ma la puntura preliminare è preferibile, massime nei

casi di cisti uniloculare a lento sviluppo ed in donne giovani, poichè simili cisti posson anche guarire con la sola puntura.

La difficoltà della diagnosi tra l'ascite e l'idrope ovarico s'incontra specialmente nel caso di cancro del peritoneo, in cui le intestina possono esser mantenute indietro dal mesentere raccorciato, e si constatano masse solide nell'addome, alquanto analoghe alle parti più solide d'un tumore ovarico, ma che d'ordinario sono più mobili nel liquido, e si toccano solo sprofondando le mani. Nel caso di cancro del peritoneo si constata la presenza di masse solide anche dietro il collo dell'utero, e possono distinguersi dalle porzioni inferiori d'un tumore ovarico, per esser nodulari e fisse alla parete pelvica.

Distinzione tra'diversi liquidi.— Abbiamo già menzionato i varii caratteri fisici del liquido ovarico (v. p. 288). Il liquido brunastro e vischioso di notevole peso specifico (al di là di 1018), si trova solo nelle cisti delle ovaie. Il liquido ascitico è limpido, giallognolo, contenente una notevole proporzione d'albumina, e d'un peso specifico da 1010 a 1015, caratteri questi che lo distinguono dalla più gran parte de' liquidi ovarici. Inoltre esso può distinguersi per la sua proprietà di lasciar depositare spontaneamente un sottile strato di fibrina sulla superficie del bicchiere, tuttocchè anche nel liquido ovarico, in seguito ad infiammazione della cisti, si trovi talvolta della fibrina. Il liquido ovarico rassomiglia pe' suoi caratteri fisici all'ascitico, e perciò la distinzione deve esser fondata sul carattere chimico: esso contiene paralbumina, (1) del pari che albumina, e nelle varietà più vischiose si può trovarvi anche della mucina (v. p. 289). A parte tutto questo, il liquido ovarico

(1) Aggiungi dell'acido nitrico per formare un precipitato. Agita il liquido, e quindi fallo bollire con circa un'eguale quantità d'acido acetico. Fa similmente bollire un'altra porzione del liquido con egual quantità d'acqua, per far il paragone. Se il precipitato formato dall'acido nitrico è sciolto o gelatinizzato dall'acido acetico, questo dimostra la presenza della paralbumina.

può esser riconosciuto pe' suoi caratteri microscopici. D'ordinario esso contiene cellule epiteliali di varie forme, colesterina, leucociti e spesso anche masse granulari. Quella però che ha un' importanza speciale è la cellula ovarica granulare (fig. 70, a), descritta dal D.r Drysdale di Filadelfia, come patognomonica del liquido ovarico. Questa cellula contiene un numero di fini granuli, senz' alcun nucleo. Il suo volume varia da $\frac{1}{5000}$ ad $\frac{1}{2000}$ di pollice, ma il volume ordinario è press' a poco quello d' un leucocita. Da questo però si distingue, secondo lo stesso D.r Drysdale, aggiungendovi dell' acido acetico, il quale rende il leucocita molto trasparente (fig. 70, c), e i nuclei, che variano in numero da uno a quattro, divengono

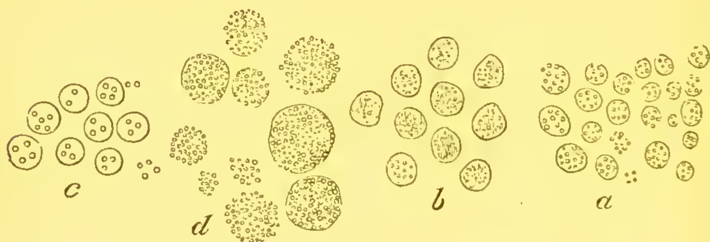


Fig. 70. — Caratteri Microscopici de' liquidi ovarici. *a*. cellula ovarica granulare di Drysdale, *b*. leucocita prima d'aggiungervi l' acido acetico; *c*. leucocita dopo aggiuntovi l' acido acetico; *d*. cellula granulare composta o corpuscolo infiammatorio di Gluge.

visibili, mentre la cellula ovarica è resa solo un pò più trasparente, e i suoi granuli son più distinti. Si distingue da masse granulari più voluminose, dal perchè non si altera aggiungendovi dell' etere. Si dice che il D.r Drysdale non isbaglia mai la diagnosi, ma altri osservatori han trovato simili cellule in liquidi non ovarici. Il liquido ascitico in generale mostra sotto il microscopio solo cellule dell' endotelio peritoneale, leucociti e fibrina. Pe' caratteri del

liquido d' un tumore fibro-cistico vedi p. 228; per quelli del liquido parovarico vedi p. 297 Un liquido purulento, senza precedente puntura, è molto probabile che provenga da una cisti dermoide.

Una volta riconosciuta l' esistenza d' una grossa cisti, è uopo distinguere fra un tumore ovarico e parecchie altre condizioni con le quali può essere scambiato. La *gravidanza con idramnios* si distingue d' ordinario dall' idrope ovarico per lo stato del collo dell' utero, ma non di rado è stata presa per una cisti complicata dalla gravidanza, e qualche volta per sbaglio di diagnosi si è punto perfino l' utero. È possibile limitare l' utero e distinguerlo da una cisti mercè l' esame bimanuale, ma ne' casi di forte distensione questo mezzo può venir meno. La consistenza varia del tumore formato dall'idramnios, per l' alternarsi della contrazione e del rilasciamento dell' utero, sarebbe un valevole mezzo di distinzione, ma in caso d' idrope molto abbondante anche questo fallisce. Il collo dell' utero nel caso d' idramnios è d' ordinario più pervio al dito di quel che non sia ne' primi mesi della gravidanza normale, ed il suo stato potrebbe agevolare di molto la diagnosi. Bisogna inoltre accertare se il segmento inferiore dell' utero, che si sente col dito attraverso la parete anteriore della vagina, ha i caratteri che suole avere nella gravidanza normale Per distinguere la *vescica distesa*, si ricorre al catetere, sempre che siasi constatata una cisti uniloculare, di moderato volume, ed apparentemente centrale. L' *idronefrosi* o la *pionefrosi* ed altri tumori solidi del rene, generalmente di maligna natura, han dato luogo ad errori diagnostici. Il tumore formato da qualunque di queste condizioni, comincia dalla regione renale, spinge il colon che gli sta di fronte, e raramente riempie completamente l' addome fin verso l' inguine del lato opposto o si mette in stretto rapporto con l' utero. Talvolta, non sempre, il liquido dell' idronefrosi, può esser riconosciuto dalla presenza in esso dell' urea, o della creatina. Ne' tumori renali la diagnosi si

giova grandemente della storia de' disturbi nell' apparecchio urinario o della presenza d' albumina, di pus, o di sangue nell' urina. *I tumori idatidei* sarebbero frequente causa d' errori, senza il fatto ch'essi son rari nella pelvi, e in generale sorgono dalla regione del fegato o dalla parte superiore dell' addome. La prova migliore è fornita dall' esame microscopico del liquido, che pe' caratteri fisici potrebbe esser confuso con quello d' una cisti parovarica. In un caso osservato da me non v' era segno dell' ordinaria tensione de' tumori idatidei, e per nulla l' esame microscopico del liquido accennava a tumori somiglianti. In seguito la cisti suppurò, e fu asportata dal sig. Jacobson nel Guy's Hospital. Si credette una cisti parovarica, finchè l' autopsia non dimostrò la sua associazione ad altre cisti idatidee più piccole. In un altro caso affidato alle mie cure, la cisti, essendosi infiammata, simulava molto da vicino un tumore ovarico, e con la puntura venne fuori un liquido denso e brunastro. Allora avvenne la decomposizione, e apertasi la cisti apparvero le idatidi. L' inferma guarì dopo messo un grosso tubo a drenaggio e dopo ripetute iniezioni di debole soluzione d' iodo. Le cisti idatidee multiple dell' omento possono anche somigliare molto ad un tumore ovarico multiloculare.

Un *Liquido Sieroso o Purulento Incistato* può simulare una cisti ovarica. Il volume che questa raccolta di liquido può raggiungere è considerevole, massime se dovuta a cancro o a tubercolosi del peritoneo. Talvolta in un periodo inoltrato di peritonite settica si formano vaste raccolte di pus incistato. Io ho osservato un caso in cui una grossa cisti contenente pus dietro l' utero, e che giungeva fino all' ombelico, era secondaria d' un cancro nella parte superiore del retto. Generalmente queste raccolte liquide somigliano ad una cisti ovarica associata a peritonite e fissata da aderenze. Se la pseudocisti è di forma irregolare, e spicca prolungamenti fra le intestina, si può distinguere pel fatto che il movimento vibratorio del liquido oltrepassa l' area d' ot-

tusità; ma il più delle volte la diagnosi deve fondarsi in gran parte sull'anamnesi e sul decorso dell'affezione. Quando si tratta di versamento sieroso, dovuto a semplice peritonite (la perimetrite sierosa del D.r Matthews Duncan), lo si può distinguere pel suo apparire subitaneo insieme a' sintomi dell'infiammazione acuta e per la sua graduale diminuzione e scomparsa. Estraendosi il liquido, vi si trovano ordinariamente de' fiocchi di linfa, e poi lascia spontaneamente depositare un coagulo di fibrina. Si son trovate anco delle cisti *retroperitoneali*, che si distinguono pel luogo d'origine e pel manco di rapporto con l'utero. Una *gravidanza estrauterina avanzata* si riconosce dalla storia, e le parti dure del feto si sentiranno muovere nel mezzo della cisti fluttuante.

Quando si constata la presenza d'un notevole tumore, e non si riesce ad imprimere al liquido alcun sensibile movimento vibratorio per più o meno vasta parte della sua massa, il punto più importante della diagnosi è di vedere se si tratta di un tumore *uterino* o d'un tumore *ovarico*. All'uopo si esplori accuratamente con la sonda la posizione dell'utero e la sua mobilità, e si cerchi anche di esplorare quali sian le vie per le quali il tumore è in relazione con l'utero. Il metodo diagnostico è stato già descritto (vedi p. 228). Un *cancro che sorga dall'omento* o da qualunque altra parte nell'addome, o anche un cancro midollare del rene può formare un grosso tumore, che va talvolta molto in giù nell'addome, e forma depositi nella pelvi. Questo tumore non è liquido, benchè possa essere molle e semifluttuante, e spesso è associato ad ascite. Qualche parte d'esso è fissata da aderenze. Esaminando il liquido ascitico vi si può trovare del sangue, oppure i gruppi di cellule descritti a p. 304. L'età della paziente ed il grado di emaciamento e di cachessia agevoleranno la diagnosi. Un tumore può sorgere anche per *ingrandimento leucemico della milza*, la quale si abbassa di molto in questo caso; ma si riconosce facilmente al

margine tagliente, duro, su cui è una profonda incisura, e ch'è rivolto in alto o verso destra, mentre la superficie convessa della milza è rotata in basso. Se però il tumore splenico ha una forma sferica, il criterio fornito dal suo margine può mancare. I *tumori fecali* si lascian distinguere per la loro sede, per l' assenza di rapporti con l' utero, per la consistenza spesso pastosa e per l' effetto de' purganti e de' clisteri.

Diagnosi nel periodo iniziale. — Nell' inizio d' un tumore ovarico, mentre è ancora più piccolo d' una testa di feto, il metodo diagnostico è alquanto differente. Se il tumore è libero da aderenze, la diagnosi per lo più è facile. Con l'esame bimanuale si constata un tumore ben limitabile, globulare ed elastico, avente sede indietro, innanzi o ad uno dei lati dell'utero, mobile fino a un certo punto, ma attaccato all'utero medesimo. Una cisti parovarica o idrosalpinge può esser confusa con una cisti ovarica, e la distinzione può essere ben difficile, se non si ricorre all'esame del liquido. Il *pio-salpinge* è anche difficile a distinguersi, ma lo accompagnano i segni d'una peritonite locale. Un *fibroma sottoperitoneale dell' utero* si riconosce alla sua durezza e al modo onde si attacca all' utero, specialmente se l' esame si pratica con un dito nel retto, se l'inferma è cloroformizzata, e se si è tirato in giù il collo dell'utero con un tenacolo (v. pp. 15 e 16). Nel caso di un piccolo tumore ovarico circondato da aderenze, specialmente se ha sede dietro l'utero, può esser ben difficile distinguerlo da un *ematocele* o da una tumefazione dovuta a pelvi-peritonite. La guida migliore è fornita dalla storia e dal decorso dell'affezione. Meno facile è che un tumore ovarico sia confuso con una *pelvi-cellulite*. Nei *primi mesi della gravidanza estrauterina* vi è la storia dell' amenorrea per un certo tempo, e vi sono gli altri indizi generali della gravidanza, benchè talvolta la mestruazione non sia mai interrotta. In qualunque forma di gravidanza tubaria l'amenorrea, se si verifica, può esser seguita

da irregolari emorragie e da dolore intenso e spasmodico, mentre talvolta si ha il dolore fin dal principio. L'utero è notevolmente ingrandito, e si sentono forti pulsazioni arteriose in vicinanza della cisti, che d'ordinario occupa la fossa retrouterina. Alcune volte si può praticare il ballottamento nella cisti, si possono rilevare fenomeni fetali, oppure la diagnosi può esser decisa dalla espulsione d'una caduca dall'utero. Dopo la morte del feto il tumore tende a diventar più piccolo e più duro. Le *piccole cisti idatidee* son molto rare, e sono di difficilissima diagnosi, a meno che non si esamini il liquido.

Diagnosi delle Aderenze. — La mobilità generale d'un tumore di media grossezza può esser rilevata cercando di comprenderlo fra le due mani messe sulla parete addominale e poi muoverlo da un lato all'altro. Non essendovi adesioni anteriori, e la distensione non essendo troppa, le pareti addominali si possono muovere liberamente al disopra del tumore, ed allontanare anche fino ad un certo punto dalla sua superficie, sollevandole. Sovente si osservano escursioni in basso di parti del tumore nelle profonde inspirazioni. Tutti questi segni son più distintamente manifesti ne' tumori multiloculari o in quelli che contengono sostanze solide, che non in quelli più vicini alla forma uniloculare. Si misura la distanza dell'ombelico da ciascuna spina iliaca anterior superiore, del pari che dal bordo dell'arcata costale di ciascun lato. Ogni sproporzione fra queste misure, non dipendente dalla forma di un tumore, rende assai probabile l'esistenza di aderenze anteriori. Un rumore di sfregamento, che accompagni gli atti respiratorii, indica l'assenza d'ogni forte aderenza nell'area del rumore medesimo, dovuto a sporgenze delle pareti vasali o ad altre ineguaglianze sulla superficie del tumore.

Se parte del tumore discende nella pelvi all'indietro del collo, e non può essere spinta in su, può darsi che sia aderente oppure semplicemente fissata dalla pressione. Il grado di fissazione si apprezza

osservando se le masse cedono alla pressione dalla vagina o dal retto. Se tutta la volta pelvica è indurita, e l'utero fissato, è segno questo di forti aderenze nella pelvi. Se l'utero non può essere spostato separatamente dal tumore per mezzo della sonda, se ne può inferire che trattandosi di tumore ovarico esso è in intima connessione con l'utero, la quale presunzione viene avvalorata, se si trova l'utero portato in sopra e la sua cavità allungata. Nel valutare gli attacchi uterini d'un tumore, si faccia l'esplorazione rettale, ed è sempre utile stirare in certo modo gli attacchi col tirare il collo in giù (v. p. 15). La probabilità d'aderenze dell'intestino o altre posteriormente può solo esser giustificata dalla storia d'una peritonite. Le aderenze dell'omento non possono esser diagnosticate, ma sono di pochissima importanza.

Diagnosi di Malignità. — Quanto maggiore è la proporzione di sostanze solide contenute in un tumore, altrettanto è facile che ne sia la tendenza alla maligna natura. L'età dell'inferma, il grado di cachessia e l'emaciamento sproporzionato son buonissimi elementi per giudicare della grossezza e della durata d'un tumore. Essendovi indizii di aderenze pelviche, con molta sostanza solida alla base del tumore e con delle masse granulari indietro o intorno al collo dell'utero, ed essendovi anche una cachessia avanzata, le probabilità per un tumore maligno son molto serie. Se nel liquido estratto da una cisti si trovano gruppi racemosi di cellule di forma molto varia, molte delle quali fornite di nuclei multipli, queste indicano l'esistenza d'una neoplasia papillare prolifera, e in pari tempo dinotano l'urgenza di estirpare il tumore, se è possibile. Trovando simili gruppi di cellule in un liquido ascitico, esse indicano che il cancro è andato al peritoneo dall'ovaia o da qualche altra parte, e che probabilmente l'ovariotomia arriverebbe troppo tardi per impedirne la riproduzione. Un significato identico ha il sangue che si trova nel liquido ascitico.

Cura. — I grandi successi dell' ovariotomia hanno assegnato a quest'operazione un posto importantissimo nella cura de' tumori ovarici, senza trascurare però la puntura come misura preliminare o palliativa. Ma la puntura non va esente da pericolo, quando non si prendono buone precauzioni antisettiche, quindi si preferisce fare l' ovariotomia senza paracentesi preliminare, nel caso in cui siasi diagnosticato un tumore ovarico e multiloculare, il quale non sia tanto grosso da esercitare una pressione eccessiva. Quando però il tumore abbia con la sua pressione dato origine ad edema delle gambe e dell'addome, ed ostacolate le funzioni del rene, del cuore e de'polmoni, e si ha inoltre ragione di credere ch'esso contenga una cisti ben grossa, in simili circostanze è preferibile ricorrere preliminarmente alla paracentesi, per dare agli organi il tempo di ripristinare le loro funzioni, e per evitare in pari tempo che la scossa inevitabile dell'operazione sia aumentata dal subitaneo ed enorme sbilancio nella pressione addominale. Nel caso di una cisti apparentemente uniloculare, in donna giovane, ed essendo il tumore a lento sviluppo, è bene pungerla, prima di eseguire l'ovariotomia, poichè potrebbe trattarsi d'una cisti parovarica e guarire con la sola puntura. La paracentesi può essere altresi indicata, quando la diagnosi è dubbia, ed infine serve come misura palliativa ne' casi, in cui l'ovariotomia non si riconosce praticabile.

Paracentesi. — Le precauzioni antisettiche imposte per l'ovariotomia s'impongono anche per la paracentesi. Lo strumento da adoperare deve avere 1|4 di pollice di diametro, e può essere un tre quarti ordinario o una canula, oppure la canula-sifone di Sir Spencer Wells, costruita in modo da praticare un'apertura valvolare. Questa canula presenta il vantaggio di menomare non poco il rischio di far cadere del liquido nel cavo peritoneale nel brevissimo intervallo che intercede tra la puntura e il ritirar del trequarti.

Per l' operazione l' inferma deve decombere lateralmente, con la testa piuttosto bassa per evitare qual-

che svenimento in seguito alla diminuzione subitanea della pressione addominale. Si tengan pronti uno o due recipienti per raccogliervi il liquido. L'introduzione del tre quarti dev' esser preceduta da una piccola incisione fatta col bistorì. Si ricorre all' uso di tubi molto lunghi per incanalarvi il liquido, non che a tutte quelle precauzioni, che posson rendere meno probabile l'entrata dell' aria. Se, oltre al tumore, v'è gran copia di liquido ascitico, allora è meglio fare con un bistori una piccola incisione attraverso la parete dell' addome fino ad incidere il peritoneo, ed introdurre poi per l'apertura un grosso catetere di gomma elastica, che dev' essere nuovo e perfettamente disinfettato con acido fenico. In questo modo si viene ad ovviare al rischio di ferire il tumore o l' intestino. Estratto il liquido ascitico, si può esplorare esattamente la superficie ed i limiti del tumore, e pungerlo, se occorre.

In generale la paracentesi è un'operazione innocua, ma alle volte può esser seguita da infiammazione della cisti oppure del peritoneo. Il che d' ordinario avviene per esservi penetrata aria mentre si trascuravano le precauzioni antisettiche, massime poi se s'è praticata l' operazione in un ambiente esposto ad influenze settiche.

Indicazioni per l'Ovariotomia. — S' è generalmente stimato preferibile non operare, finchè il tumore non abbia raggiunto un notevole volume, e non abbia cominciato a recar serie molestie alla paziente o a manifestarne ben compromessa la salute. Una persona non malandata in salute d' ordinario sopporta una grave operazione assai meno, che non faccia un' altra in certo modo abituata ad una vita malaticcia e poco valida. Oggi però questa regola può esser considerevolmente modificata, dopo gli splendidi successi ottenuti ne'casi non complicati di ovariotomia. In qualunque modo, l' operazione dev'essere praticata, prima che una enorme distensione disturbi le funzioni polmonari, cardiache o renali, ovvero dia luogo ad edemi negli arti inferiori e nell' addome. Nel caso di donna maritata l' operazione può farsi più presto.

Sopraggiungendo sintomi d'infiammazione o di necrosi parziale della cisti, l'estirpazione non dev' esserne menomamente ritardata. Talvolta un forte dolore avente sede nel tumore, oppure un dolore seguito da vomito, rende ragione di emorragia avvenuta nella cisti ovvero di un principio di nevrosi o d' infiammazione che vi ha avuto luogo per schiacciamento del peduncolo. In casi simili l'ovariotomia, potendosi, dev' essere immediatamente eseguita. Verificandosi una peritonite acuta, si può aspettare un poco finchè i sintomi non ne siano mitigati; ma in generale l'ovariotomia non dev'esser ritardata di più che poche settimane, per evitare che le aderenze si rafforzino fino a divenire inseparabili. Da ultimo, se mai v'è ragione, per alcuno de'segni che abbiamo enumerato (p. 304), di temere che il tumore tenda ad esser maligno, in tal caso bisogna estirparlo, se si può, prima che avvenga alcun' infezione d' altri tessuti.

Le principali *controindicazioni* sono i segni dell'indole maligna del tumore, accompagnati da diffusione del processo alle parti circostanti, oppure l'esistenza di aderenze diffuse che non cedono in alcun modo, massime quando la porzione inferiore del tumore è solida, o quando l' utero è avviluppato dalle aderenze in modo da essere interamente fisso. Alcune volte si trovano anse intestinali aderenti alla superficie anteriore della cisti, massime quando la paracentesi è stata seguita da peritonite, e questo fatto fa sospettare aderenze viscerali diffuse anche in altre parti. L'allungamento dell'utero, del pari che i suoi stretti rapporti col tumore, fan temere che l'operazione sia molto difficile, ma non la controindicano necessariamente. Le aderenze alla parete addominale sono comparativamente poco importanti. In casi dubbii gli elementi più serii per una decisione vengon forniti dall' età e dalle condizioni generali dell' inferma, non che dallo stato de' reni e degli altri visceri.

La complicanza d'un tumore ovarico per gravidanza è una delle più serie: non solo si ha eccitamento allo sviluppo del tumore, ma può esservi eziandio tale

distensione da rendere indilazionabile l'intervento, e inoltre la pressione dell'utero, che s'ingrandisce, può esser tale da schiacciare e strozzare il peduncolo del tumore. L' ovariotomia durante la gravidanza ha ottenuto successi senza pari per opera di Sir Spencer Wells, e l'aborto non è in alcun modo una conseguenza necessaria dell'operazione. Sempre però che il caso si presti, l' operazione può praticarsi ne' primi mesi della gestazione. Una volta io ho estirpato con successo un tumore ovarico verso la metà del sesto mese, senza che ne seguisse l'aborto, ma negli altri casi riportati che aveano oltrepassato il quinto mese, presto o tardi s' è avuto l' aborto, ed il rischio è maggiore se l' aborto segue da vicino l' operazione. Nel caso d' aderenze in vicinanza dell' utero si può avere una forte emorragia negli ultimi mesi, e se si è oltre il quinto mese, è forse meglio, ammesso che sia necessario intervenire, o provocare il parto prematuro o l' aborto, oppure ricorrere alla puntura del tumore, se v'è ragione a sperare che la puntura rimuova le difficoltà.

Ovariotomia. — La stanza in cui si fa l' operazione del pari che l' operatore con tutti i suoi assistenti debbono essere perfettamente immuni da qualsiasi contaminazione settica, e nessuno sia nella stanza, il quale ne' due o tre giorni precedenti abbia dimorato in un teatro anatomico o visitato alcun infermo di malattia infettiva, specialmente d' erisipola, di setticemia, di piemia. Non si può a tutt' oggi dimostrare che sia saggio, anche col metodo antisettico, il negligere questa precauzione. Il Dott. Keith ritiene l' uso dell' acido fenico un' assoluta salvaguardia contro tutti gli effetti di precedenti contaminazioni, ma altri han provato che possono esservi sostanze contagiose tanto virulente da resistere anche all' ordinario metodo di Lister. La stanza abbia una mite temperatura. L' inferma vien situata in posizione dorsale, le spalle leggermente alte, ed in un punto, dove la luce non faccia difetto. Le si lava l' addome prima con acqua e sapone, e poscia con una lozione

fenicata. Si radono i peli sul pube, per agevolare l' applicazione di fasciature antisettiche, e si vuota la vescica. Una lunga fascia ben forte si passa sulle ginocchia dell' inferma assicurandola sotto la tavola, per impedire movimenti, quando l'inferma si risveglia momentaneamente dal sonno dell' anestesia. Per amor di nettezza si covre l' addome dell' inferma con una incerata oppure con un pezzo di caoutchouc con un' apertura ovale nel mezzo, tale da lasciare il necessario campo all' operatore. I margini dell' incerata si fanno aderire alla pelle per mezzo di gomma o altro.

La questione, se sia utile il polverizzatore nell' operazione d' ovariotomia, non è ancora decisa. Sir Spencer Wells, dopo ch' ebbe adottato il metodo alla Lister, constatò una diminuzione nella media della mortalità corrispondente al due o tre per cento, anche facendo il paragone colle serie di operazioni da lui fatte più di recente e co' migliori risultati, ma nelle quali non aveva seguito il metodo alla Lister. Dall' altra parte Keith ed altri distinti specialisti hanno dimostrato che i risultati dell' operazione possono essere splendidissimi, sia con, che senza il polverizzatore. Nelle operazioni eseguite da questi operatori la media più recente della mortalità non è stata maggiore del quattro al dieci per cento. Ne' vasti ospedali generali, dove prima la mortalità era poco meno del cinquanta per cento, e dove certamente c' è assai meno da sperare dalla lotta contro le influenze settiche, la introduzione più o meno completa del metodo antisettico pare abbia migliorata di molto la statistica. Non va taciuto però che un elemento importante del successo è l'esperienza acquistata colle operazioni frequenti, e non v' ha dubbio che un' inferma, la quale si lascia operare da uno, che non è specialista, ha maggior probabilità di morire. In conclusione, pare che il vantaggio del polverizzatore sia duplice: da una parte esso mette l' operazione in un ambiente migliore, che non sia quello de' vasti ospedali o di altri luoghi più accessibile alle influenze

settiche; dall'altra si ottengono per suo mezzo felici risultati, anche senza drenaggio, ne'casi complicati da estese aderenze.

Nel praticare l'ovariotomia, se si vuole adottare il metodo alla Lister, bisogna che vi sieno due polverizzatori capaci di lavorare continuamente per un paio d'ore, e la soluzione d'acido fenico deve essere del 5 per 100 (1). La seta, le spugne, tutto ciò che occorre dev'esser disinfettato accuratamente. Per l'anestesia Sir Spencer Wells preferisce il bicloruro di metilene, amministrato con l'inalatore di Junker, il quale è più sicuro del cloroformio e meno atto ad eccitare il vomito. Il D.r Keith preferisce l'etere, per evitare il vomito, ma l'etere irrita i polmoni, nel caso che esista alcun'affezione bronchiale. Altri infine adoperano un miscuglio d'una parte d'alcool, due di cloroformio e tre di etere. Il cloroformio deprime il polso, se l'operazione è lunga e difficile. Oltre l'assistente incaricato dell'anestesia, ce ne vuole un altro che stia a sinistra della paziente dirimpetto all'operatore per asciugare le intestina con le spugne ed impedirne la fuoriuscita. Dev' esservi anche qualcuno incaricato di lavar le spugne in una soluzione fenicata (1 in 40) e porgerle all'operatore. Tanto le spugne, quanto le pinzette a torsione per l'emostasia debbono essere contate prima e dopo l'operazione, per assicurarsi che non siane rimasta alcuna nell'addome.

L'incisione dev'esser praticata lungo la linea alba. Dev'esser fatta dapprima non più lunga di quattro a cinque pollici senza oltrepassare l'ombelico, ma si può in seguito prolungarla, se è necessario. Sir Spencer Wells ha trovato, che la mortalità è minore, quando si può estrarre il tumore attraverso un'incisione che non oltrepassi queste dimensioni. Val meglio però prolungare l'incisione, anzicchè separare, senza vederle, aderenze all'omento o all'in-

(1) Il miglior preparato da usare è il cosiddetto « fenolo assoluto », manifatturato da' sigg. Bowder e Bickerdike, of Church. Lancashire.

testino, che possono dar luogo ad emorragie consecutive. L'emorragia della parete addominale si arresta prima d'incidere il peritoneo. All'uopo sono molto utili le pinzette emostatiche a pressione di Sir Spencer Wells, e l'operatore deve averne un buon numero disponibili. Dopo questo s'incide il tessuto fibroso della linea alba ed il peritoneo, sollevandone una plica, ed incidendo su d'una guida. Se l'incisione giunge in basso in vicinanza de'pubi, invece della guida è meglio adoperar due dita, per non correre il rischio d'offendere la vescica. In generale la cisti si riconosce alla sua apparenza bluastra; ma quando aderisce fortemente alla parete addominale, può esser difficile accertare quando il peritoneo è diviso, e l'operatore può scambiare il peritoneo parietale con la parete della cisti. In casi molto dubbii si può seguire uno di questi due metodi: 1° accertarsi se la voluta parete cistica si può sollevare fino all'ombelico; 2° prolungare l'incisione, finchè non si arriva al punto dove la cisti lascia la parete addominale.

Prima di pungere il tumore, si può introdurre la mano tra esso e le pareti dell'addome, e portarla in giro per distaccare le aderenze. Ma se le aderenze sono forti, e specialmente se la parete della cisti è sottile e friabile, è meglio vuotare prima il tumore. S'introduce quindi in esso un grosso tre quarti (fig. 71), fornito di plancette uncinate per afferrare e tener fissa la parete della cisti. Nel caso d'un tumore multiloculare si sceglie il punto, dove pare allogata la cisti più grossa. A misura che il tumore si vuota, esso vien tirato in avanti dalle plancette uncinate che sono a' lati del tre quarti, in modo da portare l'apertura al di fuori dell'addome. Dopo punta la cisti, si spinge innanzi la canula interna del tre quarti per fare da scudo alla punta dello strumento. Bisogna aver cura di non far cadere liquido nel cavo peritoneale; ma col metodo antisettico è meglio non innestare alcun tubo alla canula, e lasciare scorrere il liquido sull'incerata. Se dopo messo

allo scoperto il tumore, ne rimane ancora dubbia la natura, si usa prima un tre quarti più piccolo. Se rimane qualche cisti secondaria abbastanza grossa da impedire l'estrazione del tumore, è meglio ritirare il tre quarti, allargare l'apertura, e fissare a ciascun lato d'esso una pinzetta (fig. 72) per mantenerlo in avanti. S'introduce allora la mano attraverso l'apertura, e si rompe la cisti secondaria o con le dita o col tre quarti.

Per l'allacciatura de' vasi o delle briglie d'adesio-

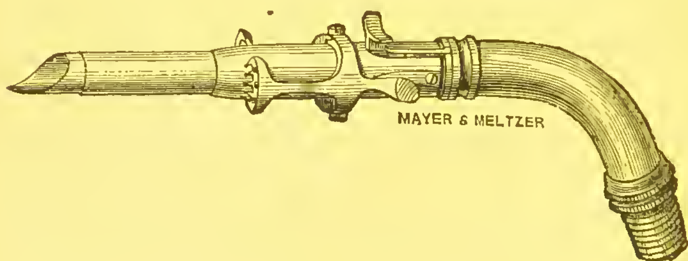
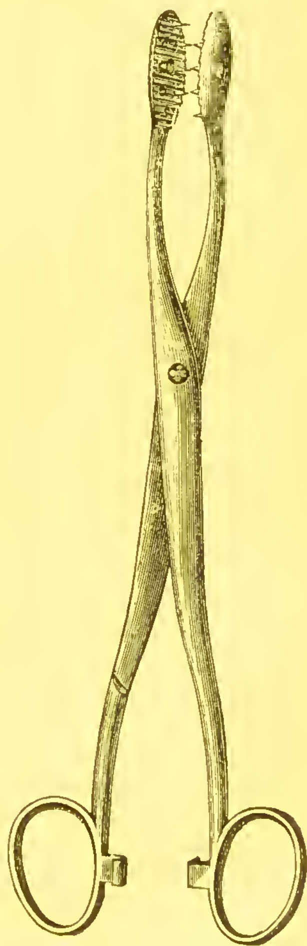


Fig 71. — Tre quarti di Spencer Wells per Ovariotomia.

ne non troppo estese entro il peritoneo si preferisca il categut fenicato non troppo sottile. Molti operatori adoperano la seta fenicata. Si deve aver molta cura per impedire emorragie consecutive in caso d' aderenze con l' omento, e, se la superficie aderente è vasta, è bene dividerla, e legarne successivamente le parti, prima di tagliar l'omento con le forbici. Le aderenze con l'intestino, col fegato o con lo stomaco voglion essere distaccate molto cautamente per mezzo d'una dolce trazione, oppure col manico del bistori. Ove però una parte della cisti aderisca fortemente, è preferibile tagliare ed asportare tutto il resto del tumore, lasciandola come si trova. Le forti aderenze con la pelvi possono generare grandi difficoltà, e talvolta rendere perfino impossibile il compimento dell'operazione. Se non possono esser distaccate dalle dita, si tenti l' enucleazione. Si fa un' incisione trasversale sulla parete esterna della cisti un poco

al disopra della superficie aderente; s'introducono le dita attraverso l'apertura, e la parete della cisti si sdoppia in due foglietti, de'quali l'esterno si lega, come se fosse un peduncolo. Dopo estirpato il tumore, si pensa ad arrestare ogni emorragia prima con le pinzette e poscia con le allacciature di categut o di seta fenicata. In casi estremi si ricorre alla galvano-caustica o al caustico attuale, necessità per altro rarissima.

Quanto al peduncolo la scelta è tra il metodo estraperitoneale e quello intraperitoneale. Nel primo si fissa il peduncolo nell'angolo inferiore della ferita per mezzo d'una robusta pinzetta fornita d'una vite o di altro strumento equivalente, e si taglia il tumore. Prima del metodo antisettico, questo modo di trattare il peduncolo, meno quando era troppo corto o troppo grosso per potersi fissare, ha dato i migliori risultati. Venuto il metodo antisettico, si cominciò ad usare il metodo intraperitoneale, allacciandolo con seta fenicata. Quest'ultimo è attualmente ritenuto il metodo migliore, e lo adottano anche quelli che fanno a meno del polverizzatore antisettico.


Fig. 72. — Pinzetta di Nelaton per le Cisti.

Il modo d'operare consiste nel passare da parte a parte il peduncolo con una legatura di seta fenicata, forte ma non molto grossa, ed allacciarlo in due o più sezioni. Un lungo filo di seta s'infila in

un ago da aneurisma per attraversare il peduncolo, avendo cura di non offendere qualche grossa vena che può esser visibile. Si circonda allora tutto il peduncolo con una legatura, e si tagliano molto corte le estremità della seta. La circolazione capillare supplisce alla nutrizione del moncone per la parte che resta al di qua della legatura.

Il metodo intraperitoneale offre il vantaggio di rendere la guarigione più sollecita, e non lascia campo alla possibilità che rimanga nella parete addominale qualche punto non resistente, che potrebbe più tardi dar luogo ad un'ernia ventrale. Il D.r Keith ha trovato che la divisione del peduncolo fatta col termo-cauterio dà eccellenti risultati.

Prima che si chiuda la ferita dell'addome, tutte le parti del peritoneo debbono esser pulite per mezzo di spugne morbide disinfettate, e non farà meraviglia se diciamo che buona parte del successo della operazione dipende dalla accuratezza nel fare questa « toeletta ». Mentre si applicano le suture alla ferita dell' addome, si tiene al disotto di essa una grossa spugna, per impedire che qualche goccia di sangue proveniente dalle punture degli aghi penetri nell' addome, e per ovviare anche al rischio di ferire l'intestino. Per le suture si può adoperare la seta fenicata, ovvero, per evitare ogni possibile irritazione, si adopera il filo d'argento o il categut, come usa il D.r Bantock. Il metodo di Sir Spencer Wells consiste nell' infilare i due estremi di una sutura di seta ciascuno in un ago dritto, e mantenendo gli aghi nelle pinzette adattate passarli da dentro in fuori comprendendo circa un mezzo pollice di peritoneo, e farli uscire in vicinanza dei margini della ferita. In tal modo i margini della ferita combaciano, senza bisogno di suture superficiali. Nel chiudere la ferita bisogna cercar di fare uscire possibilmente ogni residuo d'aria, e, se si può, tentare anche di tirare in basso l'omento in modo che ricovra le intestina. Dopo tutto si fascia la ferita con un primo strato di seta protettiva, su questo un pezzo di garza fenicata

piegato in due, su questo altra garza asciutta e tela impermeabile, e in ultimo del cotone salicilato. Il tutto assicurato da una fasciatura di flanella.

L'uso del *drenaggio addominale* è stato in gran parte abbandonato dopo la comparsa del metodo antisettico, il quale rende generalmente innocua la scarsa effusione di siero sanguigno nell' addome. Di più col drenaggio una qualche parte di liquido può invadere la fasciatura, e con ciò si distruggono tutte le precauzioni antisettiche che s'eran prese. Se il polverizzatore non è adoperato nell' operazione, è bene, sempre che le aderenze distaccate siano molto estese o molto vascolarizzate, in modo che si tema la fuoriuscita di molto sangue o siero, oppure nel caso sia entrato nell'addome un liquido infiammatorio o settico, situare nell'angolo inferiore della ferita un tubo a drenaggio di Keith, di vetro (fig. 73), scegliendolo di tale lunghezza che l'estremità inferiore ne resti in fondo alla borsa di Douglas. In pari tempo si piazza una sutura in modo da poterla prontamente stringere e chiudere la ferita, quando vien tolto il tubo.

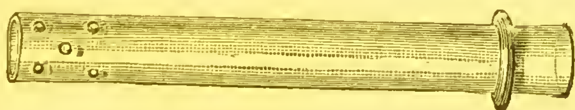


Fig. 73. — Tubo a drenaggio di Keith per Ovariotomia.

Non usando il drenaggio, le fasce possono essere lasciate a posto fino al 6°, 7° o 8° giorno, quando si tolgono le suture. Verso la fine delle prime 24 ore si può dare all'inferma un po' di latte o d' orzata, ma se il vomito è assai molesto, si lasci lo stomaco in riposo e si ricorra ai clisteri nutrienti. Si diano per iniezioni ipodermiche o in clisteri sufficienti dosi di morfina o di oppio, per calmare il dolore dopo l'operazione. In caso di forte aumento di temperatura— dovuto generalmente a peritonite d'origine settica —

è stata sperimentata utile la cuffia di ghiaccio di Thornton, con la quale si mantiene costantemente una corrente d'acqua fredda intorno alla testa.

Altri metodi di Cura. — Attualmente posson solo entrare in campo, quando l'ovariotomia si ritiene impraticabile, o quando dopo un'incisione esplorativa si trova che il tumore non può esser asportato. L'introduzione di un grosso tubo a drenaggio attraverso un'incisione fatta nella linea alba ed il lavaggio frequente della cisti con antisettici è un metodo che può essere adottato, quando si trova con la puntura che la cisti contiene pus, oppure se dopo l'incisione si trova che è fortemente aderente alla parete addominale. Se il tumore è fatto soltanto o principalmente da una cisti, questo metodo può portar la guarigione, e se con questo trattamento la cisti non si chiude, si può tentare una controapertura dalla via della vagina. Quando in un tumore prevalentemente uniloculare l'ovariotomia non è indicata, si possono fare iniezioni d'iodo, iniettando nella cisti 75 gm. di tintura d'iodo con eguale quantità di acqua.

In alcuni casi il tumore ovarico è stato impiccolito o anche guarito con l'elettrolisi, alla quale si può ricorrere, quando non è possibile un'operazione più radicale. Non è esente però dal rischio di produrre infiammazione, e il tumore può ingrandirsi nuovamente dopo una guarigione o una diminuzione apparenti. S'impiega una batteria di otto buoni elementi, e s'introduce uno de'poli nel tumore per mezzo d'un ago isolatore, e l'altro polo si applica sull'addome o nella vagina. Non è ancora ben accertato quale de' due poli sia meglio introdurre nel tumore, ma è il polo positivo il più probabilmente efficace. Le sedute durino da 5 a 10 minuti, e si ripetano ad intervalli di uno, più giorni, se non si verifica irritazione. La cura dovrebbe continuare per mesi. Se si ha che fare con una cisti molto tesa, è preferibile la paracentesi come misura preliminare.

Dermocisti delle Ovaie.

ANATOMIA PATOLOGICA. — Il nome di dermocisti, benchè non molto appropriato, è stato dato a quelle cisti la cui superficie interna ha una struttura che rassomiglia a quella della cute, essendo generalmente fornita di glandole sebacee, glandole sudorifere e spesso anche di numerosi follicoli piliferi. Nel tessuto cellulare sottostante spesso si formano delle vere ossa, de'denti e talvolta qualcosa di molto simile alle ossa completamente formate d'un feto. I denti possono trovarsi separati nel tessuto, oppure aggruppati in una cisti. Alle volte sono ben formati, ma più di frequente sono rudimentali. Raramente vi si trovano anche fibre muscolari striate, e perfino sostanza nervosa grigia. D'ordinario la cisti è unica oppure divisa in compartimenti da setti, che si sviluppano dalla parete. Il contenuto n'è generalmente una sostanza densa poltacea, fatta di secrezione sebacea e cellule epiteliali sfaldate, e spesso anche di peli. Vi può essere altresì una larga proporzione di colesterina.

ETIOLOGIA. — La sede molto frequente di tali cisti nell'ovaia mostra, ch'esse non han nulla da fare con un uovo gemello, il quale si attaccherebbe a qualche cosa di più esterno. La struttura differente dall'epiteliale, del pari che la sede, fan distinguere queste cisti da quelle che si formano per un'involuzione anormale dell'epidermide, quali per esempio le dermocisti dell'orbita. La loro origine dev'esser piuttosto attribuita ad un'anormale energia formativa d'uno degli ovuli nell'ovaia, costituente un grado incompleto di partenogenesi o sviluppo di tessuti fetali senza fecondazione da una cellula ovulare o da altre cellule. In casi comparativamente molto rari simili tumori si son formati per un'aberrazione di sviluppo di tessuto in altre parti del corpo. Se ne son trovate nel testicolo dell'uomo, e questa circostanza conferma l'opinione che le cellule specializzate per

la riproduzione sono molto soggette ad un simile sviluppo anormale.

Le dermocisti delle ovaie si sono spesso trovate in fanciulle, ma la loro frequenza maggiore si verifica ne' primi anni della pubertà. È probabile che in molti casi il tumore s' inizii nella vita fetale o subito dopo la nascita, mentre l' attività formativa è molto energica, e che il suo maggiore sviluppo abbia poi luogo, quando l'ovario alla sua volta si sviluppa all' epoca della pubertà. Alle volte le dermocisti sono associate alle cisti ovariche ordinarie, ed è possibile che in simili casi la presenza d' una dermocisti sia stata il punto di partenza dello stimolo irritativo.

Sintomi ed Esiti. — Lo sviluppo delle dermocisti è lento, e d' ordinario non oltrepassano un moderato volume. In casi eccezionali possono ingrossare di molto per accumulo della secrezione di parecchi anni, oppure per suppurazione della cisti. Son più delle cisti ovariche soggette ad infiammare, suppurare e contrarre aderenze con le parti circostanti. Allora si possono trovare aperture fistolose in comunicazione col retto, con la vescica, con la superficie dell' addome o con altre parti, ed attraverso questi tragitti fistolosi versarsi il contenuto della cisti. La sua apertura nel cavo peritoneale è rara. Rara anche l' evacuazione completa e spontanea, ma la suppurazione e lo scolo posson durare degli anni.

Diagnosi. — Imbattendosi in un tumore a lento sviluppo, che abbia richiamato l'attenzione, subito dopo l' inizio della pubertà, oppure che abbia esistito per un tempo indefinito, si può accogliere il sospetto d' una cisti dermoidale, massime se vi si può constatare la presenza di parti dure come ossa, mentre non vi si può rilevare alcun movimento vibratorio dovuto all' agitarsi d' una massa liquida. Si pensa anche ad una cisti dermoidale, se in un tumore come quello descritto si manifestano i segni d' un' infiammazione, mentre in pari tempo il tumore aumenta rapidamente di volume, e diviene fluttuante. La dia-

gnosi positiva però può solo farsi, dopo evacuata spontaneamente o artificialmente una parte del contenuto.

Cura. — Se il tumore, una volta infiammato, si solleva verso l'esterno, è bene inciderlo, oppure esistendo un'apertura fistolosa questa si allarga, e si evacua il contenuto quanto più completamente è possibile. Un uncino ottuso può servire ad estrarre qualche ciuffo di peli. S'introduce quindi un grosso tubo a drenaggio, e si fa il lavaggio con una soluzione d'iodo o altro antisettico. Il Dott. Barnes raccomanda la leggiera causticazione dell'interno della cisti, per modificarne il carattere ed eccitarla a contrarsi. Ove mai il tumore ingrossi rapidamente, senz'aver dato luogo ad apertura fistolosa, oppure se si sospetta in esso un principio d'infiammazione, bisogna tentare di estirparlo con l'ovariotomia. La quale operazione ha dato in alcuni casi buonissimi risultati, anche quando ha esistito un'apertura fistolosa per lungo tempo.

Fibromi delle Ovaie.

Un vero mioma o mio-fibroma, che abbia origine nell'ovaia, è molto raro, benchè non sia senza esempio. Alle volte de' tumori simili, che sembrano appartenere all'ovaia, possono essersi sviluppati dall'utero o aver avuto origine dalle fibre muscolari, che vanno dall'utero a' legamenti larghi. Ne' tumori d'origine ovarica la proporzione di fibre muscolari è minore che non in quelli d'origine uterina, ed in alcuni casi vi predomina molto il tessuto fibroso. Alcuni tumori solidi delle ovaie, appartenenti al gruppo de' sarcomi, sono anche fatti principalmente di tessuto fibroso, senza manifestare caratteri maligni, ma questi pure son rari.

Cura. — I tumori solidi non maligni delle ovaie sono generalmente a lento sviluppo, e ben di rado reclamano un intervento efficace, ma talvolta può esser richiesta l'ovariotomia, se il tumore raggiunge

un enorme volume, ovvero è molto molesto e doloroso. Nella massima parte de'casi è impossibile prima dell'operazione il distinguere questi tumori con assoluta certezza dei fibromi esterni dell'utero.

Cancro dell' Ovaia.

L'ovario occupa un posto piuttosto eccezionale fra gli organi del corpo, come sede non infrequente di cancro sia primario che secondario. Il cancro primario dell' ovaia e più raro come morbo indipendente, anzicchè come complicanza d'un cistoma. Sovente esso è bilaterale, e talvolta si manifesta nei primi anni della vita. Le neoplasie primarie delle ovaie, che sono clinicamente maligne, possono aver la struttura d'un sarcoma che si origina nello stroma, o d' un carcinoma che, se non sempre, almeno in moltissimi casi, trae origine da'follicoli di Graaf. Il più comune è il sarcoma, e v'ha perfino chi sostiene che tutte le neoplasie maligne delle ovaie hanno i caratteri del sarcoma. Esso può essere di qualunque varietà, dal fusi-cellulare all' encefaloide globi-cellulare, ch'è il più frequente, mentre il tessuto mixomatoso o mixo-sarcomatoso si vede solo occasionalmente. Il grado di malignità varia secondo la struttura, ma nel più de' casi la prognosi è analoga a quella del carcinoma. Il vero carcinoma delle ovaie è generalmente della forma encefaloide, ma si può avere anche la forma scirrosa, fatta principalmente di tessuto fibroso con poche cellule qua e là. Tutti i tumori solidi delle ovaie le ingrandiscono egualmente, siano essi fibromi, sarcomi o carcinomi.

Diagnosi. — La solidità del tumore genera il sospetto della sua indole maligna, ed il sospetto cresce, se tutte e due le ovaie ne sono affette, se il dolore è intenso, se lo sviluppo è rapido, se v'è gran copia di liquido ascitico, o, infine, se l'emaciamento e la cachessia dell' inferma o l' edema localizzato o diffuso son maggiori di quanto non faccia supporre il volume del tumore. Un altro elemento diagnostico

lo fornisce l'età dell'inferma. Se il tumore aderisce all'utero o alle parti circostanti, e si constata la presenza nelle vicinanze di masse nodulari, la diagnosi allora è abbastanza certa. In ultimo segni molto distintivi si posson ricavare dall'esame del liquido ascitico (v. p. 297).

Cura. — Mentre della solidità del tumore non si ha che il sospetto, ed esso rimane libero da aderenze, è bene tentarne l'estirpazione mercè l'ovariotomia, e la prognosi sarà più fausta, se si trova ch'è un sarcoma e non un carcinoma. In generale si ammette la convenienza della sola cura palliativa.

Il Tubercolo dell' Ovario è molto raro, e si associa quasi sempre a tubercolosi in qualche altra sede, specie nell' utero e nelle trombe di Falloppio.

CAPITOLO IX.

MALATTIE DELLE TROMBE DI FALLOPPIO.

Le Anomalie Congenite delle trombe di Falloppio le abbiamo trattate insieme con quelle dell'utero (v. p. 43).

La Salpingite o Infiammazione della Tromba di Falloppio ha luogo d'ordinario per diffusione dell'infiammazione dalla membrana che riveste l'utero. L'infiammazione acuta, che dà luogo a formazione di pus, è generalmente conseguenza o d'infiammazione acuta settica dell'utero, puerperale o d'altra specie, oppure della propagazione di contagio gonorroico. Una raccolta di pus nella tromba di Falloppio facilmente dà luogo ad una peritonite improvvisa e rapidamente fatale, sia per diffusione del processo infiammatorio per continuità all'ostio addominale della tromba, sia per lo scorrere del pus dall'ostio, e sia per fuoruscita d' esso in seguito ad ulcerazione o a rottura della parete della tromba, ove mai vi sia ritenzione del liquido in sulle prime per difetto nel lume della tromba. La peritonite può anche esser prodotta da diffusione del processo infiammatorio, oppure da trasudamento del liquido attraverso le pareti della tromba per pressione. Le forme più subacute o croniche d'infiammazione sono anche facilmente causa d'una peritonite locale con aderenze consecutive.

Come esito cronico d'una salpingite acuta o subacuta può rimanere un Pio-Salpinge, o distensione della tromba fatta da pus. Per lo più pare che abbia origine dalla diffusione d'un processo d'endometrite dall'utero, specialmente d'endometrite d'origine gonorroica. In tali casi la distensione è moderata, e in-

torno alla tromba spesso si determina una peritonite adesiva. In gran numero di casi simili Lawson Tait ha recentemente praticata l'asportazione delle appendici uterine. Nelle mani d'un esperto specialista pare che l'operazione sia giustificabile, sempre che sia possibile una diagnosi positiva, tuttocchè possa anche avverarsi la guarigione spontanea. Una diagnosi positiva in questi casi è molto difficile, a meno che non s'apra l'addome in base al sospetto. I segni, che indicherebbero trattarsi di pio-salpinge, sarebbero la scoperta d'una tumefazione locale limitata in uno o in ambo i lati dell'utero e i sintomi d'una peritonite locale persistente, massime se v'è qualche cosa nella storia, che accenni alla preesistenza d'una gonorrea.

La malattia più importante delle trombe di Falloppio è la GRAVIDANZA TUBARIA, ma siccome se ne occupano i trattati di Ostetricia, noi passiamo oltre.

Fra le altre affezioni, cui van soggette le trombe, sono i FIBROMI, che hanno poca importanza, ed il TUBERCOLO della membrana che le riveste, spesso associato al tubercolo nell'utero.

La DIAGNOSI dell'infiammazione delle trombe può esser soltanto di probabilità, fondata sulla esistenza d'una possibile causa e sulla comparsa della peritonite consecutiva.

Frequente è l'OSTRUZIONE O OBLITERAZIONE DELLA TROMBA DI FALLOPPIO. È dovuta in moltissimi casi ad inflammazione del vicino peritoneo, e può aver sede o nell'estremo addominale della tromba per linfa che aderisce alle fimbrie del padiglione, o in qualunque altra parte della tromba in seguito a restringimento o contorsione prodotta da briglie adesive. Un tale stato è la causa più comune di sterilità. Un piccolo polipo o un altro qualunque tumore nell'estremo uterino della tromba può anche produrre una parziale ostruzione. L'ostruzione parziale è la causa abituale del fermarsi d'un uovo fecondato nella tromba e della consecutiva gravidanza tubaria, la quale termina generalmente con la rottura della tromba, seguita per lo più da emorragia fatale. Un'ostruzione totale o par-

ziale, o anche la semplice fissazione della tromba può dar luogo ad una forma di dismenorrea infiammatoria, in cui l'uovo col poco sangue versatosi per la rottura del follicolo di Graaf cade nella cavità del peritoneo, invece di andare nella tromba.

La lieve Dilatazione della tromba di Falloppio può dipendere dalla membrana che la riveste, che può produrre anche restringimento in altri punti. Quando però la dilatazione è notevole, può dipendere da ogni causa che si opponga alla fuoruscita del sangue mestruo dall'utero, massime quando sia il caso di ostruzione dell'orifizio imenale o vaginale, e può associarsi anche a stiramento della tromba su' tumori uterini od ovarici, o a fissazione d' essa per aderenze. Un' ampiezza così anormale delle trombe è quella che rende tanto pericolosa l' iniezione di liquidi nell' utero. Facilitando il riflusso del sangue mestruo è anche ritenuta una delle cause dell' ematocele periuterino (v. p. 344). Si riportano casi in gran numero, in cui s' è conchiuso che la sonda uterina avrebbe potuto esser introdotta nella tromba per due pollici e più. In alcuni casi questo è senza dubbio avvenuto, ma altri pretesi casi sono probabilmente spiegabili con l' ammettere che la sonda ha potuto perforare la parete uterina molle, e che l' apertura rimase per qualche tempo pervia, in modo da permettere alla sonda di prendere ripetutamente la stessa direzione.

Idro Salpinge o Distensione della tromba di Falloppio per Liquido è l' affezione determinata da restringimento o obliterazione della tromba in due punti, uno de' quali è d' ordinario l' estremità esterna. Pare che l' ostruzione sia d' ordinario completa sul lato addominale della porzione distesa, ma non è necessariamente lo stesso della porzione uterina, di guisa che occasionalmente può aver luogo il versamento del liquido attraverso l' utero. Parimenti Schroeder sostiene che il destino normale del po' di muco secreto dalla tromba è di essere versato per l' ostio addominale nel cavo del peritoneo. Però la direzione del movimento ciliare e del movimento del-

l'uovo indicherebbe piuttosto che la secrezione prende la via dell' utero. Non di rado son distese tutte e due le trombe. Il volume che raggiunge una tromba distesa è d' ordinario moderato, non più d' una testa di feto, benchè non sien mancati casi di molto maggiori dimensioni. Il liquido contenuto nel tratto disteso è per lo più chiaro, limpido, giallastro, e contenente notevole proporzione d'albumina. Alcune volte vi è anche del sangue.

Diagnosi. — La distinzione tra una tromba di Falloppio distesa ed un piccolo tumore ovarico è spesso difficile. In un primo tempo la posizione della tromba è più anteriore, poichè d'ordinario un piccolo tumore ovarico sta indietro al piano del legamento largo. Quando poi la distensione ha oltrepassato un certo limite, allora apparirà un tumore più globulare. Se mai si avessero tumefazioni in ambo i lati sarebbe un segno favorevole alla diagnosi di distensione delle trombe. La natura del liquido agevolerà di molto la diagnosi.

Cura. — Se i sintomi son gravi, e la diagnosi non lascia molto campo al dubbio, si può fare l' asportazione dell' ovaia con la tromba col metodo del taglio addominale, senza grande pericolo, ed affidando, beninteso, l' operazione ad un abile specialista.

L' Emato-Salpinge o Distensione della tromba di Falloppio per contenuto sanguigno può esser conseguenza di emorragia in una tromba dilatata, massime sotto l' influenza dello sforzo mestruale. In alcuni casi d' ematometra, prodotto per occlusione del canale genitale, le trombe sono state trovate anche esse dilatate per ritenzione di sangue, tuttocchè appartate dall' utero per l' atresia de' loro orifizii. Inoltre, quando una tromba dilatata è stata compresa nel fascio del moncone dopo l' ovariotomia, ha dato origine talvolta ad emorragia nelle ricorrenze mestruali. L' emorragia nelle trombe però non sembra essere un fatto normale durante la mestruazione, benchè, essendovi uno stato morboso della tromba, l' emorragia possa essere con gran facilità provocata durante l' iperemia mestruale.

CAPITOLO X.

MALATTIE DE' LEGAMENTI UTERINI E DEL PERITONEO E TESSUTO CELLULARE ADIACENTI.

L' Infiammazione e le altre affezioni dell'utero e delle sue appendici posson determinare l'infiammazione del vicino tessuto cellulare, specie di quello de'legamenti larghi che ne sono abbondantemente provvisti, ed anche l'infiammazione del peritoneo che ricovre i tessuti infiammati. Nella forma molto acuta e settica di metro-peritonite l' infiammazione si diffonde a tutto quanto il peritoneo, e sovente l'esito n' è rapidamente fatale. Ne' casi più frequenti però, in cui l'infiammazione è meno grave, essa generalmente resta limitata al peritoneo della pelvi e sue vicinanze. Abbiamo così una peritonite pelvica o periuterina ed una cellulite pelvica o periuterina. Il nome di *perimetrite* dato alla prima e quello di *parametrite* dato alla seconda sono stati introdotti da Virchow ed universalmente adottati. Il primo nome era suggerito dall'analogia con la parola pericardite, che significa infiammazione della sierosa che riveste il cuore, e per una specie di controdistinzione Virchow propose i nomi di paracardite, paratiflite, paranefrite e parametrite per indicare l'infiammazione del tessuto cellulare vicino al cuore, al cieco, ai reni ed all' utero. Per tal modo le parole non hanno più il loro significato, poichè come oggi vengono adoperate si può avere perimetrite soltanto in un lato dell' utero, e parametrite tutt' intorno all' utero medesimo. Pare dunque che questa innovazione abbia piuttosto servito a generare confusione. Oltre a

ciò esse presentano un altro svantaggio, quello di rendere ambiguo l'aggettivo « perimetrico », che altrimenti sarebbe preferibile all' ibrida parola « periuterino ». A causa di tale ambiguità io ho ritenuto la parola « periuterino », quantunque fosse etimologicamente più corretta la parola « circumuterino ».

Nè la pelvi-peritonite, nè la pelvi cellulite spesso esistono affatto indipendenti l'una dall'altra, poichè l'infiammazione del peritoneo si diffonde più o meno al tessuto cellulare, che gli sta immediatamente sotto. Inoltre i linfatici hanno una parte importante in ogni infiammazione del tessuto cellulare, ed essi sono in libera comunicazione colla cavità peritoneale. Non solo quindi la cellulite si diffonde alla parte di peritoneo che ricovre la parte affetta, ma, specialmente quando è di origine settica, essa può ancora dare origine ad una peritonite che oltrepassi questi limiti. Sicchè i nomi delle due affezioni vanno intesi non in un senso esclusivo, ma a seconda che l'una predomina sull'altra.

Non poca è stata la discrepanza delle opinioni intorno alla mutua relazione ed alla relativa frequenza della pelvi-peritonite e della pelvi-cellulite. Un tempo si disse che bastava ad affermare l' esistenza della cellulite una qualunque tumefazione constatata mercè l' esplorazione vaginale. Bernutz però provò con l' appoggio di numerose autopsie che non solo una tumefazione localizzata, tangibile per la via della vagina, può esser dovuta a versamento di linfa o di siero ed all'agglutinamento delle intestina in seguito a peritonite, ma ancora che questa tumefazione può aver sede allato o di fronte all'utero. Le prove necroscopiche però rimangon mute riguardo alla frequenza relativa delle due affezioni, poichè la peritonite può esser più facilmente fatale della cellulite. Bernutz alla sua volta toccò l'altro estremo, negando quasi che esista mai cellulite periuterina, meno in forma di flemmone del legamento largo. Oggi la più gran parte degli autori son concordi nel ritenere, che astrazion fatta

dal parto o dall'aborto, oppure da operazioni sul collo dell'utero, la pelvi-peritonite è più comune della cellulite, e che in gran numero de' casi che non terminano con la suppurazione, l'infiammazione del peritoneo rappresenta l'elemento predominante. Ciò non toglie che molte volte le due affezioni lascino quasi nessun campo a prevalenza di sorta.

Pelvi-peritonite o Perimetrite.

Etiologia. — La pelvi-peritonite può esser prodotta per contiguità da infiammazione dell'utero, delle ovaie, delle trombe di Falloppio, oppure può esser secondaria ad una cellulite. Sovente è conseguenza della mestruazione soppressa per influenze freddo-umide, ed in tal caso l' affezione primaria sarebbe un'endometrite o metrite acuta o subacuta, di cui è effetto la soppressione del mestruo, mentre poi la infiammazione diffondesi attraverso tutta la sostanza dell' utero al peritoneo adiacente. La peritonite può anche dipendere da endometrite per diffusione di processo lungo la membrana che riveste la tromba di Falloppio. Questo è specialmente comune come conseguenza di gonorrea, la cui frequenza come causa di pelvi-peritonite fra tutti i casi non puerperali è stata valutata al 50 0[0. Così le prostitute soffrono quasi tutte in un certo tempo di pelvi-peritonite, che in generale le rende sterili per sempre. Fra le altre cause di pelvi-peritonite vi è la manovra per ricondurre l' utero a posto a mezzo della sonda, in alcuni casi anche la semplice introduzione della sonda, l' uso delle aste intrauterine, applicazioni nell'interno dell' utero, operazioni sul corpo dell'utero. La peritonite può sorgere per assorbimento settico fatto dai linfatici, ed esser così conseguenza dell'uso delle tente o di operazioni sul collo o sulla vagina. In questi casi però l'infiammazione è più proclive a divenir generale.

I disturbi della mestruazione posson dare origine alla pelvi-peritonite non solo per mezzo dell' endo-

metrite, ma per riflusso diretto del sangue attraverso le trombe di Falloppio, quando v' è ostruzione dell'orifizio esterno dell'utero per stenosi o per flessione, massime se vi coesista menorragia. Nello stesso modo possono esserne causa le iniezioni entro l'utero. La peritonite può eziandio dipendere da sangue che venga fuori per rottura d'una vena, o di un follicolo di Graaf eccessivamente congesto, o d' una cisti nella tromba o nell'ovaia. I traumi, l'azione del freddo e gli eccessi sessuali spiegano la loro influenza principalmente per mezzo dell' infiammazione, che possono produrre nell'utero o nelle ovaie. Nelle affezioni puerperali il punto di partenza è d'ordinario un' infiammazione dell' utero o del tessuto cellulare dovuta a causa settica oppure traumatica, o ad una combinazione di entrambe. In altri casi di affezioni puerperali la peritonite pelvica è parte d' una peritonite generale dovuta ad infezione zimotica del sangue. Sovente i tumori ovarici son causa di peritonite, più raramente lo sono i fibromi; il cancro o il tubercolo finiscono presto o tardi per produrla. Finalmente la pelvi-peritonite può esser parte d' una peritonite generale non originatasi in vicinanza dell'utero, ma che può avere pei visceri pelvici le stesse conseguenze dell'affezione locale. Per tal modo si hanno sintomi d' infiammazione pelvica nel caso di una peritonite tubercolare o cancerigna.

Anatomia Patologica. — Nello stadio attivo dell'infiammazione si ha un' essudazione di linfa sulla superficie esterna del peritoneo, che tende a produrre aderenze fra'visceri pelvici. Ne'casi acuti v' è anche un'effusione sierosa, o siero-purulenta addirittura nelle forme settiche. Però nella maggioranza de'casi la peritonite è principalmente o unicamente di forma adesiva. La linfa semiliquida tende a raccogliersi nello spazio di Douglas, dove essa non forma rigonfiamento apprezzabile fino a che rimane liquida e libera, ma generalmente finisce col divenire una massa solida che fissa l' utero. Negli spazii lasciati dalle anse intestinali aderenti o in quelli tra

le intestina e gli altri visceri si può raccogliere gran quantità di siero, e dar luogo ad un rigonfiamento più o meno rotondo e limitato che talvolta può simulare una vera cisti. In questi spazii così limitati può anche aver luogo la suppurazione, benchè molto più di rado che non avvenga nella cellulite. Il pus raccolto può rimanere quiescente per lungo tempo, e raramente penetra nella cavità del peritoneo. Presto o tardi però l'ascesso si apre, e nella massima parte de' casi nel retto o nell' S iliaca. Meno comune è l'apertura dell'ascesso nella vagina, notevolmente meno nella vescica. La perforazione può anche avvenire all' esterno, e in questi casi il sito più frequente è la piega dell' inguine. Talvolta l'ascesso si apre in più punti. Tal altra, specie dopo il parto, ma più raramente che non nel caso di cellulite, l' infiammazione scompare nelle vicinanze dell'utero, ma in punti più o meno distanti procede oltre fino a formare il siero o il pus, o a dar luogo ad un tumore apparente agglutinando le intestina fra loro. Un tale stato è appunto quello che il D.r Matthews Duncan descrive col nome di perimetrite remota. Nello stadio più avanzato della forma ordinaria dell'affezione, la peritonite adesiva, la linfa si organizza in fasce adesive. Coll' andare del tempo poi, quando cessa l' infiammazione, per lo più queste fasce sono in parte assorbite, s'allungano, s'assottigliano, massime nelle sedi dove naturalmente c'è più movimento. Un certo grado però di distorsione e di fissazione delle parti sempre rimane in certi punti, specie ne 'dintorni delle trombe di Fallopio e delle ovaie. Di questo una conseguenza comune è la sterilità. L'utero può essere fissato temporaneamente o permanentemente in qualunque posizione anormale si fosse trovato nell' inizio della infiammazione, e può anche subire distorsione.

Sintomi ed Esiti. — I sintomi della forma più acuta di pelvi-peritonite sono analoghi a quelli d'una peritonite generale, dai quali differiscono solo pel fatto, che il dolore e la morbidezza son più o meno

localizzati nella parte inferiore dell'addome, e che i sintomi generali sono meno accentuati. Sovente v'è un brivido iniziale, e sulle prime il dolore può essere molto vivo ed accompagnato da una morbidezza estrema nell'ipogastrio. Il polso diventa celere, ed acquista più o meno i caratteri della peritonite. Spesso v'è notevole aumento di temperatura, ma in minore proporzione della celerità del polso, ed alcune volte si hanno forme gravi d'infiammazione settica a temperatura perfino normale. La sola temperatura quindi non può giovare a deporre della gravezza del caso. Un altro sintoma comune è il forte tenesmo vescicale con la minzione frequente. Meno nella peritonite generale settica, per lo più si ha stitichezza ventrale e defecazione molto dolorosa. L'addome è spesso timpanitico, ma non è raro trovare una morbidezza transitoria in tutto l'addome, la quale scompare ben presto, lasciando solo de'sintomi localizzati. Nelle forme più gravi d'infiammazione si ha vomito e nausea, e le fattezze sparute hanno l'impronta dell'ansia.

Ma non sono rari i casi di peritonite adesiva, nei quali l'infiammazione è cronica e quasi latente in sulle prime, specialmente quando la sua causa determinante è un'irritazione continua, ma non intensa come l'endometrite o l'ovarite, o quando il nuovo accesso infiammativo non è che la riacutizzazione d'un processo antico. Questo può avvenire anche nella forma d'origine gonorroica, quantunque in simili casi il nuovo accesso sia più acuto. Ne' casi cronici i sintomi sono estremamente insidiosi, e la inferma può attendere come di solito alle sue occupazioni, lamentandosi solo del dolore che va aumentando nella regione ipogastrica o all'inguine. Alcune volte l'unica cosa, di cui l'inferma si lagna, è una irritazione della vescica, benchè poi all'osservazione si trovi tutta la pelvi ripiena d'induramenti infiammatorii. Il polso in questi casi è d'ordinario celere, benchè la temperatura possa essere o normale o di poco elevata.

Le conseguenze della malattia hanno un carattere estremamente cronico, e quelle che l' han sofferta una volta van soggette a ricadute per cause lievissime, in ispecial modo per l'azione del freddo o per imprudenze durante la mestruazione. In molti casi l'utero acquista la sua mobilità, e sparisce dalla pelvi quasi ogni traccia di tumefazione. Quando però tutta intera la vôlta della pelvi è divenuta dura, e non v'è alcun indizio d'assorbimento ne'primi mesi, un tale stato può divenire permanente. Possono passare degli anni, prima che si ottenga una guarigione relativa, e l' inferma può restare completamente invalida per tutto il resto dell'attività sessuale. Dopo un accesso di peritonite, la ricorrenza mestruale in generale è ritardata. Il periodo mestruale susseguente può riacutizzare il processo infiammatorio, ma se questo non avviene esso può recare sufficiente sollievo. Sono però conseguenze frequenti della malattia un'amenorrea protratta o anche permanente, oppure una scarsa mestruazione. Sovente si ha pure dismenorrea per l'impedimento alle funzioni e alla vascolarità dell'utero e delle ovaie causato dalle aderenze.

Diagnosi. — Nelle forme più acute dell' affezione ben presto si hanno i sintomi d' un' infiammazione periuterina, ed il punto più difficile a determinare è se prevalga la peritonite o la cellulite. Torna utile alla diagnosi il considerare che quando non esiste alcun antecedente di parto, di aborto o di operazione sul collo dell' utero, e quando la causa determinante della malattia risiede nell' utero, nelle ovaie o nelle trombe piuttosto che nel collo, massime se questa causa sia la gonorrea, è più probabile che si tratti di peritonite. Nella peritonite, inoltre, la tenerezza è maggiore, e la nausea e il vomito insieme agli altri disturbi digestivi sono d'ordinario più cospicui di quel che non siano nella cellulite con poca o nessuna complicanza di peritonite. D'altraparte nella cellulite il brivido iniziale e l'aumento di temperatura sono più pronunziati relativamente agli altri sintomi.

Con l' esplorazione vaginale nel periodo iniziale, mentre l' essudato è tuttora liquido, si trova il collo dell' utero un poco più resistente all' intorno, l'utero molto sensibile alla pressione, e più lo diventa, se mai è spostato. Dopo che l' essudato s'è consolidato, si può trovare una di queste due condizioni:

1.° L' infiammazione, mentre è limitata alla pelvi, la invade interamente. Il che costituisce la forma più fisicamente riconoscibile di pelvi-peritonite. Il collo dell' utero allora è nel centro, o un poco spinto in avanti, ad un livello inferiore nella pelvi, e fortemente fissato senza deviazione laterale. L' induramento si estende tutto all' intorno d' esso, e forma così alla pelvi una volta completamente ed uniformemente dura. L'induramento può esser raggiunto dal disopra del distretto superiore, ma a parte posteriore dove la linfa gravita nello spazio di Douglas, esso discende un po' più giù, formando una massa ben distinta. Non costituisce alcun tumore visibile che si elevi nell' addome, o che si estenda fino alla fossa iliaca, e neppure discende tanto in basso sulle pareti della vagina, come fa talvolta l' induramento dovuto alla cellulite. Con l' esplorazione rettale si può notare la presenza d' una massa dura, che inviluppa il collo posteriormente, e si estende ai lati del retto fino alla parete pelvica, mentre il suo limite superiore d'ordinario difficilmente si raggiunge.

2.° La seconda condizione è quella in cui v' è un focolaio localizzato d'infiammazione, che può estendersi o no al disopra del piano del distretto superiore. Porzioni dell' intestino agglutinate insieme da aderenze, spesso contenenti feci ammassate, possono formare allora un tumore visibile che può estendersi fino a livello dell' ombelico. In questo caso l' utero può essere spinto in avanti, indietro o lateralmente. Se v'è siero o pus raccolto in uno spazio limitato, il tumore può simulare una cisti. La massa così formata dalle aderenze può in generale distinguersi dal rigonfiamento dovuto alla cellulite pe' seguenti caratteri. Nella cellulite il rigonfiamento, s'è di apprezzabili di-

mensioni, è sempre in un lato, tendendo a guadagnare la fossa iliaca. Raramente va più in alto di due o tre pollici al disopra del legamento di Poupart, ed ha molta tendenza a suppurare. Nella peritonite il rigonfiamento è più tardo ad apparire, può essere più vicino al centro e raggiungere un livello più alto, mentre se d' altra parte è più vicino alla regione inguinale, allora la parete addominale è più mobile su di esso di quel che non sia sul rigonfiamento dovuto alla cellulite. Il rigonfiamento poi si distingue da un tumore ovarico o da un fibroma, sia per essere fisso, e sia per l'istoria del suo primo apparire dopo avvenuta l'infiammazione (v. pp. 227, 295). Se è situato lateralmente o di fronte all' utero, può per l' effusione del siero essere spinto in basso, in modo da potersi difficilmente distinguere dal rigonfiamento della cellulite. D' ordinario, però, esso non discende così in basso sulla parete della vagina. Da una incipiente gravidanza estrauterina finalmente si distingue per l' assenza de' sintomi caratteristici di questa (v. pag. 301).

Una pelvi-peritonite che sia parte d' una peritonite tubercolare o cancerigna, o che tragga origine da una peritiflite, si distingue pe' sintomi dell' affezione primaria. Un cancro diffuso della pelvi può dar luogo ad un induramento simile a quello della pelvi-peritonite, e se ne distingue solo per il grado di cachessia, pel decorso, e specialmente per l' assenza di sintomi infiammatorii. L' età dell' inferma, la presenza talvolta di masse nodulari simili a glandole ingrossate ed indurite agevolano parecchio la diagnosi. Per constatare il lieve aumento di resistenza o la diminuzione della mobilità dell' utero, che possono essere le sole vestigia d' una pelvi-peritonite pregressa, spesso si richiede un tatto più che squisito ed esercitato.

Cura. — Nello stadio acuto, quando il dolore è intenso, e purchè la paziente non sia già anemica, si possono applicare sei a dodici mignatte all' inguine o all' ipogastrio. Cataplasmi caldi di linseme sull'ad-

dome o fomenti caldi e riposo assoluto. Per ammansare il dolore , si diano dosi sufficienti d' oppio o di morfina , sia per iniezioni ipodermiche che per la via del retto. Circa l' uso del mercurio le opinioni sono ampiamente discordi. Ne' primi periodi pare che valga poco come antiflogistico, ma ne' casi gravi e a lungo decorso, che non siano settici o purulenti, e non cedendo la malattia agli altri rimedii, si può tentarlo, sempre colla debita sorveglianza sulla salivazione e sui visceri. Alcuni danno 10-12 cg. d' idrargirio con creta e 20 cg. di polvere di Dower in pillola o in polvere due o tre volte al giorno. Generalmente però è preferibile l' uso locale del mercurio in forma d' unguento a parte eguale con l'unguento di belladonna. Il D.r Thomas raccomanda di fare a meno di tutti gli altri farmaci e dare dosi ripetute e generose d' oppio o di morfina, spesso due centigr. di solfato di morfina ogni due o tre ore per lungo tempo. La dieta sia di latte e brodi, mettendo del ghiaccio nel latte se il vomito è molesto. Contro il vomito sono utili le iniezioni ipodermiche di morfina. Della cura delle forme settiche e gravi d'infiammazione abbiam fatto cenno nel capitolo della metrite (v. p. 171).

Nelle forme meno acute di pelvi-peritonite, si può ricorrere dapprima a piccole dosi d' oppio o di morfina insieme con citrato o nitrato di potassa o acetato ammoniacale. Nello stadio più avanzato l' ioduro di potassio , 20-40 cg. , è utile come assorbente , e spesso si unisce con vantaggio alla chinina o ad un altro tonico. Cessati i sintomi febbrili, a promuovere l' assorbimento, più che tutti i farmaci, giova il sollevare le condizioni generali , riattivando quanto è possibile il processo di nutrizione. Nondimeno in alcuni casi si può usare il percloruro di mercurio o sublimato corrosivo , il quale pare essere più efficace come assorbente anzicchè come antiflogistico. A misura che l' infiammazione decresce , i rivulsivi sono grandemente utili. Quindi si ricorre alle pennellature di vescicatorio liquido oppure all'unguento iodurato. Le iniezioni vaginali calde sono anche in-

dicate per favorire l'assorbimento, e si fanno nel modo che abbiam descritto (v. p. 185). Utili altresì sono i semicupii caldi o, meglio, i bagni caldi. Quando l'assorbimento non progredisce in modo soddisfacente, l'acqua salata è molto commendevole, pel suo potere eccitante.

Quando la malattia diventa cronica, o è tale fin da principio, non è prudente confinare a letto l'inferma. Le si dia agio di muoversi ed avere aria sufficiente per salvaguardare possibilmente le condizioni generali di salute, e specialmente sono da consigliarsi le gite in carrozza, sempre che il movimento non rechi dolore. Deve però riposare molta parte della giornata in posizione orizzontale e garentirsi dal freddo e dall'abuso di moto, massime nelle ricorrenze mestruali. S'ingiunga astinenza dal coito negli stadii acuti, o quando esso è doloroso, ed in tutti i modi lo si permetta con molta parsimonia per un lungo periodo di tempo. Non è sempre bene proibirlo assolutamente, massime nei casi d'ingorgo o d'infiammazione delle ovaie. Poche sanguisughe applicate sul collo dell'utero bastano per lo più a mitigare qualunque dolore ricorrente accompagnato da iperestesia uterina. La cura tonica, specie di ferro e chinina, il cambiamento d'aria o il soggiorno in luogo marittimo spesso sono molto utili. Avvenendo ricadute per azione del freddo, si può consigliare di svernare in un clima caldo.

Non è conveniente vuotare le raccolte sierose o purulente, quando non formano tumori visibili. Se però un ascesso rimane lungo tempo stazionario, e lo stato generale dell'inferma non è soddisfacente, si può vuotarlo con l'aspiratore. La condizione più favorevole per vuotare un ascesso o una raccolta di siero per la via della vagina è, quando si riesce a constatare una tumefazione elastica dietro il collo dell'utero. Allora si pratica la puntura, possibilmente nella linea mediana, evitando con cura d'offendere qualche arteria, di cui si può sentire la pulsazione. In mancanza di un aspiratore, può servire un ago scanalato per confermare la presenza del liquido e servire in

seguito da guida ad un bistori retto ricoverto da qualcosa per renderlo inoffensivo, oppure ad un tenotomo. Dopo fatta una piccola puntura, si può allungarla introducendovi un paio di forbici, e separandone le lame secondo il metodo raccomandato dal sig. Hilton per vuotare gli ascessi profondi. Un'apertura consimile è a farsi nel caso, che dopo l'uso dell'aspiratore il pus si raccolga nuovamente. Se un ascesso sporge all'esterno, lo si apre col metodo antisettico, e vi s'introduce poscia un tubo a drenaggio tagliandone l'estremo a livello della cute, con dentro un filo di seta i cui due estremi si fissano sulla pelle al disotto della garza. Se un ascesso s'apre spontaneamente allo esterno, o è stato aperto senza precauzioni antisettiche, e il pus continua a plorare, s'introduca un grosso tubo a drenaggio fino al fondo del cavo ascessoide. L'estremo del tubo può esser bagnato in una soluzione fenicata, e poi si lava la cavità con una debole soluzione d'iodo (5 gm. in 500) o di acido solforoso (10 gm. in 500). Se si trova che il cavo ascessoide scende giù in vicinanza della vagina, si può fare una controapertura per la via di questa, sempre però dopo aver completamente sperimentato l'effetto del drenaggio e dell'irrigazione.

Pelvi-cellulite o Cellulite Periuterina o Parametrite con Pelvi-linfangioite.

Etiologia. — Le cause principali della pelvi-cellulite sono il parto, l'aborto, l'applicazione di caustici o le operazioni sul collo dell'utero o sulla vagina, l'infiammazione dell'utero, specialmente del collo, e l'infiammazione delle ovaie e delle trombe di Falloppio. In un gran numero di casi la causa n'è il parto, e l'origine può esserne direttamente traumatica per la pressione, a cui il collo ed il tessuto cellulare sono esposti, oppure per lacerazioni del collo. Per tal modo la cellulite puerperale è più comune nel lato sinistro, a causa della direzione abituale dell'occipite del feto verso sinistra e della devia-

zione anch'essa abituale dell'utero verso destra, entrambe le quali cause tendono a rendere maggiore la pressione nel lato sinistro della pelvi. Però nella maggioranza de' casi, siano o no puerperali, l'elemento principale è costituito dall'assorbimento di sostanze settiche da qualche superficie tagliata o lacerata, oppure da un'abrasione, come quella, che può esser prodotta dall'uso delle tente. Non solo la perdita dell'epitelio, ma anche la lesione del tessuto predispone all'assorbimento settico, poichè il tessuto leso, avendo minore vitalità, non resiste come il tessuto sano all'invasione ed alla moltiplicazione nella sua sostanza neppure degli organismi, che spesso esistono negli scoli lochiali o vaginali. In tal guisa un'infiammazione sorta in seguito ad un parto difficile, compiutosi con l'intervento di manovre strumentali, a parte ogni contagio, spesso acquista più o meno un carattere settico. La causa determinante dell'infiammazione sovente è l'azione del freddo, una emozione, oppure il tornar troppo presto al moto ed al lavoro dopo il parto o dopo un'operazione. La cellulite può dipendere da disordini mestruali, ma con minor frequenza della peritonite; e quando si verifica in questi casi, è in massima parte dovuta a diffusione di processo dalle ovaie o dalle trombe, mentre d'ordinario non manca la complicanza d'un grado notevole di peritonite. La cellulite inoltre può essere in rapporto con eccessi sessuali o con traumi esterni, specie se esiste già qualche malattia dell'utero o delle sue appendici. In ultimo la cellulite può aver origine da ulcerazione sifilitica o cancerigna del retto o della vagina, oppure da malattia della vescica.

Anatomia Patologica. — La pelvi-cellulite è una infiammazione o un flemmone del tessuto areolare nella pelvi, in vicinanza dell'utero o delle sue appendici. Questo tessuto areolare abbonda massimamente ne'legamenti larghi. È altresì abbondante anteriormente alla metà inferiore dell'utero tra questo e la vescica. Lo è meno a parte posteriore del collo

(v. fig. 24 e fig. 25) come pure intorno alla vagina, alla vescica ed al retto, e nelle guaine de' muscoli psoas ed iliaco e de'muscoli della parete addominale. Tra l'utero e la porzione di peritoneo che lo ricovre anteriormente e posteriormente il tessuto areolare è tanto scarso che una cellulite è ben difficile in queste sedi. Il nome di « cellulite periuterina » è stato usato nel senso limitato di un' infiammazione, che interessi i dintorni immediati dell'utero. Ma si può avere un ascesso, in seguito al parto, distante dall'utero, per esempio nell'inguine o nella parete dell' addome , senza che si possa constatare alcun residuo d'infiammazione intorno all'utero, quindi è preferibile il nome più comprensivo di « pelvi-cellulite ». È uopo nondimeno distinguere que'casi, ne'quali l'infiammazione viene per diffusione dal di fuori, come in un ascesso dello psoas.

Nella maggioranza de'casi, specialmente in quelli di origine puerperale, l'infiammazione ha sede in uno o nell'altro de'legamenti larghi, donde essa tende a guadagnare la fossa iliaca , e lungo le guaine dei muscoli estendersi all' inguine ed alle porzioni attigue della parete addominale. Questa forma di cellulite è stata distinta col nome di « *flemmone del legamento largo* ». In altri casi , però , specialmente in quelli dipendenti da lesione del collo, il tessuto che sta di fronte o indietro all' utero può essere il solo o il più affetto , e l' infiammazione può anche discendere lungo le pareti della vagina o del retto, o occupare principalmente il tessuto che sta alla base della vescica.

Poichè l' assorbimento settico è un elemento abbastanza frequente della cellulite, così i linfatici hanno una parte importante in questa come in ogni infiammazione di tessuto cellulare. In alcuni casi si possono constatare ingrandite le glandole linfatiche della pelvi , come masse rotonde in mezzo all' inspessimento infiammatorio, ed esse posson divenire altrettanti focolai d'infiammazione o di suppurazione.

Nell'inizio della cellulite si ha la produzione d'un rigonfiamento per essudazione prima di siero e poi

di linfa. La fine di questo periodo può essere la risoluzione, oppure la formazione di un ascesso, che qui è più frequente di quanto nol sia nella peritonite. Nei casi puerperali l'ascesso è comunissimo, e alcuni autori han voluto assegnargli una frequenza del 50 0[0, ma può esservi esagerazione. Il punto, dove più comunemente l'ascesso si apre, è l'inguine o la regione iliaca, poichè d'ordinario il pus si fa strada lungo il decorso de'muscoli psoas ed iliaco. Si può anche aprire esternamente al di sopra del pube, nell'ano, oppure, ciò ch'è più raro, attraversare il forame sciatico od otturatore. Internamente l'ascesso si può vuotare nel retto, nella vagina e più raramente nella vescica. Fortunatamente è ben raro che si vuoti nella cavità del peritoneo. Ne' casi non puerperali il vuotamento interno è più comune, poichè generalmente in questi casi l'ascesso è più vicino all'utero, oppure, alcune volte può aver sede fra l'utero e la vescica. Quando un ascesso dipendente dal parto comparisce ad una certa distanza dall'utero, per esempio nel canale inguinale, nelle guaine de'muscoli o in vicinanza della sinfisi sacro-iliaca, e le adiacenze dell'utero son libere, la probabile spiegazione in massima parte è, che l'infiammazione in vicinanza dell'utero s'è risoluta, e solo a distanza è andata avanti fino alla suppurazione. Nondimeno in alcuni casi l'ascesso a distanza può esser dovuto a trasporto di sostanze settiche per le vie linfatiche, senza alcuna infiammazione intermediaria percettibile. A questa infiammazione che si manifesta in un punto lontano, e che del resto non è molto rara, il D.r Matthews Duncan ha dato il nome di parametrite remota.

Sintomi ed Esiti. — Il principio della malattia nel maggior numero de' casi è acuto, ed un deciso brivido e l'aumento di temperatura (spesso raggiunge o sorpassa i 42°) sono più costanti che non nella peritonite. Alla febbre si unisce, o segue ben presto il dolore, che non sempre è molto vivo, e dipende in gran parte dalla partecipazione del peritoneo al

processo. Il tenesmo vescicale e la defecazione dolorosa son frequenti. Se la malattia comincia durante la mestruazione, il flusso può venirne aumentato, meno i casi in cui l'infiammazione è complicata da un grado notevole d'endometrite o metrite acuta, le quali d'ordinario arrestano, non solo la mestruazione, ma anche gli scoli lochiali. In alcuni casi puerperali la malattia comincia più gradatamente, e soltanto si acutizza, quando l'inferma lascia il letto. Più di rado i sintomi si riducono ad un lieve dolore pelvico, disturbi nella minzione, stato febbrile e debolezza, e l'essudato può essere scoperto molto tempo dopo il parto. Più di frequente si forma in pochi giorni una tumefazione nella regione inguinale o iliaca, oppure che s'estende all'ipogastrio. La flessione e l'adduzione della coscia, che spesso la pressione dell'essudato rende più accentuate, sono sintomi caratteristici. In gran parte de'casi, nel corso di poche settimane la malattia, o termina con la suppurazione, oppure comincia a risolvere. L'inspessimento però del tessuto cellulare viene lentamente riassorbito, ed un certo grado d'induramento può rimanere per sempre. Lo zoppicamento del lato affetto è lento a sparire. L'utero può esser deviato lateralmente per retrazione del tessuto infiammato verso gli ultimi periodi, ma quando si ha fissazione completa dell'utero con sterilità ed altre durevoli conseguenze, queste son dovute a peritonite concomitante. La suppurazione comincia per lo piu in pochi giorni, quando si verifica, ma l'epoca della rottura dell'ascesso può variare da due settimane a tre mesi.

L'infiammazione del tessuto cellulare che circonda le vene produce per lo più la trombosi con pericolo d'embolismo polmonare. È questa una delle ragioni, per cui è necessario il riposo assoluto, anche dopo un lieve accesso di cellulite. Se la trombosi si diffonde alle vene iliache o femorali ed a'linfatici di queste regioni, può seguirne flemmasia dolente, massime ne' casi puerperali. Alcune volte un ascesso scava diffusamente il tessuto cellulare pelvico, e al-

lora la suppurazione può essere protratta, specialmente se l'ascesso si apre per un lungo tragitto fistoloso, oppure v'esiste un' apertura contemporanea in entrambe le direzioni. La paziente può per tal modo esser estremamente emaciata per febbre etica, e puo aversi anche un esito letale. In casi molto rari vi è scollamento del tessuto areolare. La mortalità della cellulite non complicata è generalmente modica, e certo assai minore che non sia nella pelvi-peritonite.

Diagnosi.—Nella forma tipica di pelvi-cellulite, cioè nel flemmone del legamento largo, in cui il tessuto cellulare di questo legamento è il centro dell'infiammazione, in generale la diagnosi è agevole. All'esplorazione vaginale si constata una notevole tumefazione immobile ad uno de' lati del collo dell'utero, e piuttosto verso basso. Il collo medesimo è spinto verso il lato opposto, e la sua mobilità, benchè diminuita, spesso non è mai interamente annullata. Un certo inspessimento può anche estendersi all'intorno dell'utero avanti ed indietro. La tumefazione laterale può esser palpata esternamente al disopra dell'inguine, e con l'esame bimanuale si comprende fra le dita delle due mani una massa molto voluminosa. La coscia del lato affetto spesso è retratta. A meno che l'infiammazione non sia molto limitata, essa dà luogo ad una tumefazione nelle regioni inguinale ed iliaca, sia prominente e palpabile, sia ad ogni modo tale da opporre una certa resistenza e rendere perfettamente ottusa la nota plessimetrica. Però una tumefazione per cellulite raramente si spinge in alto più di due o tre pollici al disopra del legamento di Poupart, ed anche raramente può essere scambiata con un tumore, eccetto nel caso rarissimo d'un vasto ascesso tra l'utero e la vescica, che può spingersi fino a mezza via tra il pube e l'ombelico. Per la diagnosi differenziale di una tumefazione dovuta a peritonite vedi pag. 333 Il sintoma della retrazione della coscia, con dolore, sempre che l'inferma tenta di estenderla, può per-

durare lungo tempo dopo il parto, e può essere l'unico segno locale che indichi la presenza dell'infiammazione o d'un ascesso in vicinanza dello psoas e dell'iliaco, quando non si può rilevare alcuna tumefazione.

Quando la cellulite ha sede nel tessuto, che si trova anteriormente o posteriormente all'utero, allora l'induramento che produce può essere difficilmente distinto da quello prodotto dalla peritonite, dalla quale sovente la cellulite è complicata. Ma quando l'induramento si estende in basso sulle pareti della vagina o del retto, o quando affetta principalmente la base della vescica, allora la diagnosi di cellulite diventa positiva.

La tumefazione della cellulite si distingue da un fibroma o da un tumore ovarico, perchè è fissa, e perchè nessun sintoma di tumore ha preceduto l'apparire dell'infiammazione. Per la diagnosi differenziale della gravidanza estrauterina vedi p. 302 e per quella dell'ematocele vedi p. 349.

Cura. — La cura tanto locale, quanto generale, è simile a quella della pelvi-peritonite. Le sanguisughe però non sono da usarsi così di frequente, poichè spesso la causa dell'affezione è settica, e l'inferma è anemica o debilitata dall'emorragia. Per la frequenza d'elementi settici, tornano di gran vantaggio larghe dosi di chinina o d'altri antisettici uniti agli oppiati, fino a che la temperatura non si abbassa.

Non è prudenza tentare molto per tempo il vuotamento del pus. Ma, quando l'ascesso comincia a sporgere allo esterno, in modo che la fluttuazione è ben distinta, e non v'è pericolo che si possa con l'incisione aprire la cavità del peritoneo, allora si può vuotarlo con buon esito. È bene che sia tutto fatto col metodo antisettico, applicando in ultimo un tubo a drenaggio. Quando la sporgenza dell'ascesso è nella vagina o nel retto, bisogna esser più cauti nell'aprirlo, e spesso l'aprirlo è superfluo. Se v'è qualche punto in cui dalla vagina si può percepire distintamente la fluttuazione, in tal caso si può adoperare l'aspiratore, e dopo, se occorre, allargare l'apertura.

Autori, quali Sir James Simpson, il D.r Savage e Sir Spencer Wells, raccomandano di praticar la puntura, non appena si riconosce distintamente l'ascesso. Quando si hanno sintomi costituzionali piuttosto gravi, riferibili ad un ascesso, allora val certamente la pena di avventurare una puntura in un periodo iniziale. Se l'ascesso rimane a lungo aperto, e perdura un vasto cavo ascessoide, si adoperano i grossi tubi a drenaggio, il lavaggio antisettico e la pressione (v. p. 337). In casi estremi si può fare una seconda apertura nel punto più declive.

Ematocele Pelvico.

Per ematocele pelvico o periuterino, nel senso più ampio della parola, s' intende una raccolta di sangue, tutta o parte nella pelvi, o entro la cavita peritoneale, o nel tessuto cellulare che le sta all'esterno. Un versamento sanguigno libero nel cavo del peritoneo non può esser chiamato ematocele, benchè identica possa esserne la causa, e benchè il versamento possa costituire uno stadio antecedente a quello dell'ematocele.

Etiologia. — Il *meccanismo immediato* della produzione dell'amatocele per la varietà intraperitoneale può essere: 1° Riflusso del sangue mestruo attraverso le trombe di Falloppio, dovuto o ad atresia o ad ostruzione del collo dell'utero o della vagina, oppure ad uno stato morboso delle stesse trombe, o infine ad una mestruazione eccessiva; 2° Un'emorragia profusa in seguito a rottura d'un follicolo di Graaf; 3° La rottura d'un vase nel legamento largo o altrove; 4.° Un'emorragia dal peritoneo infiammato o da pseudo-membrane vascolari; 5.° La rottura d' una cisti nell'ovaia o nel legamento largo; 6.° La rottura d' una tromba dilatata; 7.° La rottura del sacco fetale in una incipiente gravidanza estrauterina oppure una gravidanza in un corno uterino rudimentale. Di tutte queste le prime quattro, che sono le specie mestruali d' ematocele, sono le meno gravi, mentre nelle altre tre l' emor-

ragia è più frequentemente profusa, e può divenire letale, pria che il sangue s' incisti. Nella varietà poi estraperitoneale il meccanismo è generalmente quello della rottura d' un vase, sia nel tessuto circostante, che in una cisti preesistente. Questa, come le prime quattro varietà d' ematocele intraperitoneale, è in generale una forma mestruale.

Le *cause predisponenti* sono: la presenza della mestruazione; l'iperemia attiva o passiva dell' utero e parti adiacenti, qualunque siane la causa; malattie pregresse della pelvi, specialmente l' ostruzione del collo dell'utero o della vagina; stato morboso delle trombe di Falloppio, o dilatazione varicosa delle vene; la diatesi emorragica; finalmente condizioni malsane del sangue, come quelle provenienti da malattie zimotiche, itterizia, porpora, scorbuto.

Le *cause determinanti* sono spesso rappresentate dalle violenze esterne, stiramento muscolare, coito, massime durante la mestruazione, l'azione del freddo, o l'emozioni morali.

Anatomia patologica. — L'ematocele pelvico non è estremamente raro, ma la proporzione de'casi, che non ammettono dubbio, è assai minore di quella de'casi di peritonite o di cellulite. In gran parte de' casi fatali, ne' quali s'è fatta l'autopsia, l' effusione del sangue è stata riportata come intraperitoneale, benchè sovente sia stato ben difficile determinare esattamente la vera posizione del peritoneo. È probabile però che tra' casi, che terminano con la guarigione, la varietà estraperitoneale sia la più comune. È altresì probabile che in un gran numero di casi, che non si distinguono dalla cellulite o dalla peritonite, il punto di partenza sia stato una lieve effusione di sangue.

Il sangue versato nel cavo peritoneale tende a gravitare nella fossa retrouterina, ma finchè rimane liquido non forma alcuna tumefazione palpabile. Quando cominciano a formarsi i grumi, allora si può constatare la presenza d'una massa solida dietro il collo dell'utero; ma l'utero non sarà spostato più di quanto nol sia, quando gravita nella stessa sede la linfa es-

sudata per pelvi-peritonite. Un induramento simile, non maggiore, può aver luogo per gravitazione del sangue versato non dentro la pelvi, ma altrove nella cavità peritoneale. Quando però la quantità di sangue effuso non è snfficiente a produrre la morte, è subito racchiuso da false membrane, che lo separano dalle intestina che esso ha spostate dalla fossa retrouterina. Se ora nello spazio chiuso dalle pseudomembrane ha luogo un'ulteriore emorragia, l'utero è spinto in avanti ed in sopra, il retto schiacciato contro il sacro, e si forma così un tumore retrouterino che può raggiungere in alto il livello dell'ombelico (fig. 74). Una simile condizione che costituisce la forma tipica più riconoscibile d'ematocele, quella che merita specialmente il nome d'ematocele retrouterino, implica, a meno che non sia una varietà estraperitoneale, o un' emorragia lenta e graduale, oppure una che si ripete ad intervalli.

Un'ematocele intraperitoneale anteuterino è stato certamente osservato, ma è quasi impossibile ch'esso sia confinato a questa sede, purchè però la fossa retrouterina non sia stata precedentemente occlusa da false membrane. La varietà estraperitoneale d'ematocele si verifica principalmente nel legamento largo, più raramente nel tessuto cellulare di fronte all'utero.

Il versamento sanguigno può anche avvenire, come la cellulite, nel tessuto cellulare dietro il collo dell' utero. Nondimeno l' ematocele retrouterino, per quanto si può dedurre da' risultati delle autopsie, è quasi sempre intraperitoneale.

Una frequente ed importante varietà d' ematocele è quella prodotta da riflusso del sangue attraverso le trombe di Falloppio. Questo si verifica specialmente ne'casi di dismenorrea con menorragia dipendente da ostruzione del collo per stenosi o per flessione. Le trombe di Falloppio allora sono anormalmente ampie, e possono esse stesse versar del sangue nella mestruazione dalla loro membrana mucosa. Sotto l'influenza d'una contrazione subitanea dell'utero o della tromba stessa, l'orifizio non essendo pervio,

il sangue esce dall' ostio addominale della tromba. Lo stesso può accadere, anche senza ostruzione dell' orifizio, quando il flusso sanguigno è molto esagerato. In casi di completa atresia del collo o della vagina, le trombe si posson dilatare per ritenzione



Fig. 74. — Ematocele retrouterino (secondo Barnes). U. l'utero spinto in avanti. A. l'ematocele che riempie la concavità del sacro, limitato in alto da effusioni plastiche e dall' intestino tenue. R. il retto compresso dall'ematocele.

del sangue, che può capitarvi in seguito a riflusso, o più di frequente in seguito ad ulcerazione o a rottura. La rottura del sacco di una gravidanza tubaria incipiente, spesso tanto incipiente da non aversene neppure il sospetto, è causa non molto rara delle forme più gravi d'ematocele. Quando però la gravidanza è piuttosto

avanzata, in modo da esserne possibile una diagnosi positiva, la copia di sangue perduto può produrre la morte pria d'essersi incistato. Virchow ha sostenuto che la sorgente abituale dell'emorragia sono aderenze vascolari peritoneali, e che perciò la peritonite è un antecedente quasi immancabile di ematocele. L'esperienza generale mena alla conclusione che sovente non è questo il caso, ma non mancano esempii di emorragia avvenuta in una pseudo-cisti formata dalle aderenze d'una peritonite (v. p. 333)

Sintomi ed Esiti.—In un caso più o meno tipico di ematocele, in cui il versamento sanguigno è considerevole, l'inferma, per lo più durante una profusa mestruazione, e spesso per una delle cause determinanti che abbiamo menzionate, è presa all'improvviso da un dolore, seguito ben presto da uno svenimento, spesso anche da collasso, con nausea o con vomito. La perdita di sangue può esser sufficiente a farla impallidire. In generale l'emorragia mestruale esterna o diminuisce notevolmente, o può arrestarsi d'un tratto, benchè d'ordinario continui per un certo tempo. In altri casi l'accesso ha luogo, quando la mestruazione è imminente o cessata, oppure parzialmente o temporaneamente soppressa per freddo o per emozioni. Dopo un po' di tempo cominciano a manifestarsi i sintomi della pressione nella pelvi, una sensazione di corpo estraneo con tenesmo rettale e vescicale. Può anche apparire una tumefazione nell'ipogastrio, che s'estenda insopra verso l'ombelico. In sulle prime la temperatura può essere al disotto del normale, ma generalmente in due o tre giorni ha luogo una reazione febbrile; con sintomi di peritonite pelvica o generale più o meno intensa. Quando l'emorragia è lieve o graduale, l'accesso può essere poco pronunziato. Se poi la causa n'è la rottura del sacco di una gravidanza estrauterina, allora la malattia rimane indipendente dalla mestruazione, e l'emorragia si rivela con segni molto più gravi.

Non è rara la ricorrenza dell'emorragia ne' periodi mestruali successivi, e così il tumore può crescere

volta per volta di volume, altrimenti s'impiccolisce, e diventa più duro pel riassorbimento del siero. Alcune volte il contenuto del tumore si rammollisce per decomposizione o per suppurazione, e allora possono sopraggiungere i sintomi costituzionali della setticoemia. In alcuni casi il tumore si vuota spontaneamente, prima o dopo la suppurazione, nel retto o, più di rado, nella vagina. In altri casi esso viene lentamente e gradatamente riassorbito. È raro che ne avvenga la rottura nel sacco peritoneale, nel quale caso si può avere la morte, come può aversi per setticoemia o per peritonite. Sempre che l'effusione del sangue sia enorme, o abbia luogo la decomposizione, la prognosi non può a meno di esser grave.

Diagnosi. — La diagnosi dell'ematocele retrouterino tipico, dall'inizio subitaneo e spiccato, è facile, e la rendono più agevole una storia caratteristica, come quella che abbiamo descritta, e l'aspetto anemico recente dell'inferma. All'esplorazione vaginale si constata una massa voluminosa che preme sul setto retto-vaginale per distensione della borsa di Douglas, e invade la vagina ed il retto. Il collo dell'utero è spostato in avanti e generalmente anche in sopra, più che nol sia nella peritonite o nella cellulite. Il fondo dell'utero è spinto in avanti contro la parete addominale, in modo che lo si può palpare più presto (fig. 74). All'esame bimanuale si rileva la presenza d'una massa voluminosa situata dietro e sopra il fondo dell'utero, che è continuazione di quella constatata dietro del collo, e che spesso raggiunge in alto il livello dell'ombelico. Questo tumore può esser constatato due giorni dopo la prima emorragia. In sulle prime è molle e cedevole, ma più tardi diventa duro e nodulare, benchè possa nuovamente rammollirsi.

Quando la storia non è chiara, la quantità del sangue versato moderata, o il caso viene osservato piuttosto tardi, allora può esser assai difficile distinguere l'ematocele da altre masse che posson trovarsi dietro l'utero. Tali masse possono esser costituite da un fondo d'utero retroflesso, vacuo o pregno che sia, da pelvi-peritonite o da cellulite, da fibromi, tumo-

ri ovarici, cisti parovariche, cisti idatidee, cisti dermodiali, gravidanza estrauterina, da una tromba di Falloppio dilatata, da tumori maligni, e finalmente da tumori fecali. Il più difficile è distinguere l'ematocele da una cisti ovarica o dermoidale, da un fibroma e dalla gravidanza estrauterina. Il punto più importante della distinzione sta nell'insorgere subitaneo dell'ematocele. Pei segni distintivi della gravidanza estrauterina vedi pp. 301 302.

Nell' apprezzare il valore dell'ingrandimento dell'utero come uno de'segni di quest' affezione, è uopo ricordare che l'utero può essere allungato, quando aderisce all' ematocele. L'utero retroflesso si distingue mercè l'esame bimanuale e l'uso della sonda, s'è necessario.

Quando l'ematocele è di piccolo volume, e non è molto giù nella pelvi, oppure quando è situato anteriormente o lateralmente, specie s'è della varietà estraperitoneale, allora la diagnosi può essere molto difficile, e può esser eziandio impossibile distinguerlo da una pelvi-peritonite o da una cellulite, a meno che non si ricorra alla puntura esploratrice, che in generale non è raccomandata. In simili casi una diagnosi positiva non è cosa di gran momento in quanto alla cura. Alle volte, a rimuovere i dubbii, sopraggiunge il vuotamento spontaneo. In casi rarissimi si è trovato un ematocele estraperitoneale intimamente legato all' utero, e mobile in certo modo con esso, in guisa da simulare un fibroma.

Cura. — Della quistione sulla gastrotomia immediata, in caso di rottura del sacco d'una gravidanza estrauterina, non ci occupiamo qui, poichè essa riguarda piuttosto gli ostetrici. Ne'casi, in cui la vita non pare immediatamente minacciata per la perdita di sangue, non appena si constatano i sintomi dell'emorragia primaria, s' ingiunga il riposo assoluto in posizione orizzontale, o con la pelvi un poco elevata, e si facciano ripetute applicazioni di ghiaccio sull'ipogastrio. Il migliore emostatico, e nel contempo eccitante, è una iniezione ipodermica di morfina. Si possono dare anche l'ergotina e l'acido gallico in

pillole, oppure, se l' azione del cuore non è molto debole, amministrare l'ergotina per iniezioni sottocutanee (v. p. 230). Si proibisca l' alcool e l'etere, a meno che non vi sia imminente pericolo di morte per sincope.

Avvenuta la reazione febbrile, il caso si tratta come uno di pelvi-peritonite (v. p. 334), eccetto che in generale non si adoperano sanguisughe. Si prendano speciali precauzioni nelle ricorrenze mestruali, massime quanto alla rigorosa ingiunzione del riposo. Quando il dolore ritorna, è vi è anche tenerezza, si può praticare un qualche sanguisugio all'inguine o all'ipogastrio. Non è bene ricorrere molto per tempo all' intervento chirurgico per puntura o per vuotamento, poichè sarebbe specialmente pericoloso, prima che il versamento sanguigno avesse avuto il tempo di esser chiuso e segregato per mezzo di aderenze dalla cavità peritoneale. Inoltre, estraendo il sangue troppo presto, può andarsi incontro anche all'inconveniente di provocare una nuova emorragia. In un periodo ulteriore però, avvenendo la suppurazione o il rammollimento, e manifestandosi i sintomi della febbre setticoemica, si può, anzi si deve vuotare l'ematocele. Si opera, s'è possibile, per la via della vagina, togliendo i grumi col dito, e badando di non rompere le aderenze che limitano il tumore inferiormente. Il metodo più sicuro per evitare l'emorragia nell'aprire il tumore, è l'uso della galvano-caustica. Si fa il lavaggio antisettico, e sovente è utile applicare un tubo a drenaggio. Se mai il tumore tende ad impiccolirsi, benchè lentamente, ogni operazione dev'essere sconsigliata. In generale, eccetto i casi di decomposizione e di suppurazione del contenuto, l'ematocele si vuota, quando il volume n'è tale da rendersi molto molesto con la pressione, e non mostra in pari tempo alcuna tendenza ad essere assorbito. Ove per attenuare le molestie della pressione si debba intervenire relativamente presto, si può adoperare il tre quarti con la canula oppure l'aspiratore. Avvenendo la perforazione spontanea, il vuotamento si abbandona d'ordinario alla natura.

CAPITOLO XI.

MALATTIE DELLA VAGINA E DELLA VULVA.

Vaginite.

L' infiammazione della mucosa della vagina vien detta vaginite , oppure con maggiore proprietà etimologica « colpite ».

Etiologia. —L'infiammazione catarrale acuta della vagina assai spesso ha luogo per contagio gonorroico. Può esser prodotta anche dal freddo, dagli eccessi sessuali , dal parto , dalla presenza d'un pessario o da altra causa traumatica, da iniezioni troppo calde o troppo fredde, da irritazione degli scoli uterini, oppure può prodursi nel corso di malattie zimotiche, come il morbillo e la scarlattina. Il difetto di nettezza ha gran parte nel promuoverla. Talvolta una vaginite prodotta da una di queste cause è tanto grave da non potersi distinguere da una forma specifica, e come questa è capace di contagiare l'altro sesso, oppure dar luogo ad un'oftalmia purulenta, se una parte della secrezione viene in contatto dell'occhio. Il catarro cronico ben di frequente è consecutivo all'infiammazione acuta, oppure è il risultato d'una leucorrea uterina irritativa. Può anche esser prodotto da una delle cause summenzionate, ma che agisca in grado meno acuto, e quelle che più vi vanno soggette son le donne debilitate, o quelle affette da una diatesi strumosa, gottosa o reumatica.

Anatomia patologica. — Nell'inizio dell'infiammazione catarrale la mucosa si mostra tumefatta e con-

gesta, e la secrezione n'è diminuita. Dopo uno o due giorni la secrezione si fa più abbondante, e diviene purulenta o siero-purulenta. Allora la mucosa è molto iniettata, massime agli apici delle sue pieghe, e posson prodursi delle piccole echimosi nella sua sostanza o abrasioni superficiali sulla sua superficie. La forma gonorroica di vaginite è più di frequente limitata alla porzione inferiore del canale, ed è più atta a diffondersi all' uretra non che alle glandole vulvo-vaginali. Nel catarro cronico la secrezione contiene una gran quantità di cellule epiteliali, con proporzioni variabili di corpuscoli di muco e di pus. Quando v'è pus nel secreto vaginale, d'ordinario vi si trova il « tricomonas vaginalis », un infusorio fornito di un lungo ciglio. Per un catarro molto protratto le pareti della vagina si rilasciano, e la mucosa s'inspessisce. Il nome di « *vaginite granulare* » si dà ad una forma cronica d'infiammazione, in cui la mucosa si presenta rugosa al tatto a causa di piccole e numerose sporgenze. Queste sono più spesso dovute ad ipertrofia delle papille che non ad ingrandimento de'follicoli mucipari, poichè le glandole mucipare son tanto scarse nella vagina, che molti osservatori non han potuto trovarne neppur una. Quanto alla loro esistenza, però, la prova negativa dev'esser controbilanciata dalla positiva. Nella vaginite acuta, come nella cronica, la vulva non rimane estranea all' infiammazione, e molte volte l'arrossimento della mucosa è maggiore nella porzione inferiore della vagina e nella vulva, anzichè nella parte superiore del canale. Questo sovente può dipendere dalla secrezione, che diventa più irritante pel contatto dell'aria.

In alcuni casi di grave infiammazione della mucosa, come quella prodotta da pessarii o da altri corpi estranei, da scoli molto irritativi, da fregamenti violenti in seguito a prolasso, o più specialmente da condizioni settiche consecutive a qualche lesione, l'epitelio può sfaldarsi e comparire sulla superficie degli essudati difterici aderenti. Allora ne può derivare aderenza delle pareti vaginali o retrazione cicatri-

ziale, ed oltre a ciò la vagina medesima può essere affetta da una vera difterite.

Sintomi ed Esiti. — Nel catarro acuto vi può essere qualche movimento febbrile. La vagina è dolente, e pulsa. Dopo un paio di giorni comincia uno scolo profuso giallastro o verdastro. Spesso questo scolo è inoffensivo, ma per lo più escoria la vulva e le parti circostanti. La vulva e la vagina son molto sensibili, in modo che anche la semplice introduzione d'un dito, praticata il più delicatamente possibile, reca dolore. Nella forma cronica si possono avere gli stessi sintomi, ma in grado più mite, oppure l'unico segno può essere lo scolo.

Diagnosi. — Il grado d'infiammazione della mucosa si rileva con l'ispezione mercè lo speculum, oppure senza, se mai l'introduzione ne sia dolorosa. Lo speculum inoltre farà vedere quanta parte di scolo viene dal collo. Se è necessario, un esame microscopico farà distinguere le cellule epiteliali, o le cellule miste a a pus dello scolo vaginale dalla secrezione mucosa o muco-purulenta, che viene dall'utero. La principale difficoltà della diagnosi risiede nel distinguere un'infiammazione semplice da una gonorroica. Il colore marcatamente giallastro o verdastro, l'odore disgustoso e la natura irritativa dello scolo, la minzione dolorosa per diffusione dell'infiammazione all'uretra, la presenza d'infiammazione e di un ascesso nelle glandole vulvo-vaginali, i cui dotti spesso divengono distinti come altrettanti punti iniettati proprio di fronte all'imene o a'suoi residui, la comunicazione del contagio: tutti questi, insieme alla sua subitanea comparsa, sono i caratteri principali della gonorrea. La presenza di edema nella vulva, di bubboni, di peritonite consecutiva avvalorano maggiormente la diagnosi. Una diagnosi fondata su tutti o sulla maggior parte di questi sintomi sarebbe esatta in ragione del 99 0[0; ma poichè una vaginite semplice può avere gli stessi caratteri, così non è mai prudente pronunziarsi molto assolutamente sull'origine da contagio gonorroico. D'altra parte una gonorrea cronica o ricorrente può

non rivelarsi per alcun segno, eccetto che per la sua virtù contagiosa, e soltanto per questa si può allora distinguerla da una forma ordinaria di semplice infiammazione.

Cura. — Nello stadio molto acuto, semicupii caldi ed iniezioni emollienti sedative, come decotto di papavero, o una decozione non molto carica di linseme o di amido con un paio di grammi di laudano. Se l'inferma le tollera, queste iniezioni possono esser precedute dall'iniezione di gran quantità d'acqua calda alla temperatura di 41°, 42°, fatta con la siringa di Higginson nel modo che abbiam descritto a p. 185. Le iniezioni d'acqua calda si possono ripetere ad intervalli di poche ore. Riposo assoluto a letto.

Alquanto più tardi si può usare una soluzione calda di borace, di cloruro d'ammonio, di bicarbonato di soda, o d'acetato di piombo (3 gm. in 500) oppure il liquore di sottoacetato di piombo diluito. Negl'intervalli si tengono in vagina tamponi di cotone bagnati nella glicerina leggermente fenicata (1-200), e la vulva può esser protetta con vasellina o cold cream dall'azione irritante dello scolo. Mitigati i sintomi più acuti, le iniezioni si possono fare più astringenti con allume, tannino o solfato di zinco (2-4 gm. in 500). È anche molto utile, massime nelle forme gonorroiche dell'infiammazione, una lozione che contenga un paio di grammi d'acido fenico con altrettanti di solfato di zinco oppure due a tre grammi di solfo-fenato di zinco in una pinta d'acqua. Nella gonorrea tornano altresì utili altre lozioni antisettiche, specialmente il cloruro di zinco (1-2 gm. in 500), il sublimato corrosivo (12 cg. in 500 gm.), ed il liquore di carbone detersivo (1,50—2 gm. in 500). Queste lozioni siano molto deboli da principio, e poi si facciano gradatamente più forti. Le lozioni contenenti tannino e preparati di piombo presentano l'inconveniente di macchiare la biancheria. Quanto al metodo di rendere efficaci le iniezioni vedi pp. 185-189.

Nello stadio acuto si amministrino i lassativi e i salini, specie il citrato e l'acetato di potassa, con

del giusquiamo in acqua di canfora o in un infuso di uva ursina, se mai vi sia infiammazione dell'uretra o della vescica. Evitare assolutamente l'alcool e gli aromi. Se l'infiammazione diventa cronica, ovvero se le iniezioni non la mitigano, si può applicare di tempo in tempo un tampone, grosso abbastanza per tenere le pareti vaginali separate, e bagnato nella glicerina in cui sia dell'acetato di piombo, del solfato di zinco o dell'acido tannico (1-3 gm. in 25), lasciandovelo da 24 a 48 ore. Sono anche utili i suppositorii contenenti gli stessi farmaci (v. p. 188). Negl'intervalli si facciano liberamente iniezioni d'acqua calda per lavar via le secrezioni, e l'acqua calda dev'esser anche iniettata prima di usare la lozione. Qualche volta può tornare vantaggiosa una soluzione di nitrato d'argento applicata sulle pareti della vagina (40-80 cg. in 25 gm.), oppure in casi più ostinati una soluzione più forte ad intervalli più lunghi (1,20-2,40 n 25). Il modo più conveniente di applicare queste soluzioni è di servirsi dello speculum di Ferguson, stando l'inferma in posizione dorsale. Cambiando direzione allo speculum, e ritirandolo molto lentamente, la soluzione viene a contatto con ogni punto della vagina. Ritirato lo speculum, il liquido si prosciuga con un tampone di cotone. Si può anche applicare attraverso lo speculum di Ferguson l'acido fenico con glicerina, rendendolo più forte, quando si ha che fare con casi ostinati. Si ricordi di evitare le parti sensibili della vulva, quando si usano le soluzioni più forti. Si rimuova in pari tempo quanto è possibile ogni causa d'iperemia passiva tendente a provocare eccesso di secrezione. Alle pazienti anemiche o indebolite si diano i tonici, specialmente il ferro. Le forme croniche di vaginite sovente si curano col solo curare l'endometrite del collo o del corpo, da cui son sostenute.

Le Anomalie, gli Spostamenti e l'Atresia della Vagina sono state considerate insieme alle condizioni corrispondenti dell'utero.

Le Cicatrici della Vagina, che producono retra-

zione o atresia parziale, dipendono in generale da lesioni riportate durante il travaglio del parto, da escoriazioni o pestamento consecutivi al parto, o infine da uso malaccorto di caustici. Se esse danno molta molestia, e s'incidono superficialmente, per farle dilatare poi con grossi tamponi messi in vagina o col dilatatore di Sims. Si abbia cura di fare frequenti iniezioni antisettiche, non che di tener a letto l'inferma per alcuni giorni. Ad impedire la retrazione consecutiva, può giovar molto l'uso d'un pessario di Hodge, se le cicatrici interessano il cul di sacco posteriore o la porzione superiore del canale. Se la porzione superiore è libera, e l'inferiore soltanto retratta, dopo guarite le incisioni, al dilatatore di Sims di vetro può essere sostituito quello di vulcanite, facendolo portare all'inferma alcune ore ogni giorno.

I FIBROMI e i SARCOMI sono rari nelle pareti della vagina, oppure vi assumono la forma di polipi. In quest'ultimo caso se ne pratica l'estirpazione con lo schiacciatoio.

LE CISTI VAGINALI qualche volta pure si trovano. D'ordinario contengono un liquido chiaro, come albume d'uovo, ed in moltissimi casi si formano per dilatazione delle glandole mucipare, che nella vagina sono molto scarse. Se dànno molestia, s'incidono, e poscia se ne fa il lavaggio con tintura d'iodo.

IL CANCRO PRIMARIO DELLA VAGINA è estremamente più raro, che non sia nel collo dell'utero o nella vulva, e può avere la forma o di carcinoma o d'epitelioma. Il carcinoma esiste talvolta in una forma infiltrata nelle donne vecchie, iniziandosi per lo più nella parete anteriore della vagina, e producendo retrazione del canale con induramento delle pareti. L'epitelioma può verificarsi in donne relativamente giovani, e più di frequente comincia nella parete posteriore. I sintomi sono simili a quelli del cancro del collo, ma d'ordinario l'emorragia non è ugualmente notevole. I sintomi più cospicui del carcinoma infiltrativo sono, o possono essere la difficoltà nella minzione ed il dolore lancinante. Nell'epitelioma o nel carcinoma

ulcerativo il primo sintoma è spesso costituito dal dolore e dall'emorragia durante il coito. Nel periodo iniziale si può confonderlo con un'ulcerazione sifilitica. Il cancro però si distingue per la superficie friabile , per la base e i margini duri, per la maggiore tedenza a sanguinare, appena toccato, ed infine pel criterio terapeutico della sua indifferenza ai rimedii antisifilitici.

Cura. — Un epitelioma incipiente si asporta col bistori o con la galvano-caustica, s'è possibile, oppure si escide col bistori o con le forbici, e dopo si applica il caustico. In generale però la neoplasia si diffonde rapidamente nel tessuto cellulare al disotto della parete della vagina, e l' estirpazione ne diventa impossibile. In un periodo più inoltrato, se vi è molta emorragia e scolo fetido, si può procurare un qualche sollievo all'inferma con l'uso di un raschiatoio oppure di caustici o di cauterii nel modo che abbiam descritto parlando del cancro del collo uterino (p. 256).

La dilatazione cistica dell' uretra forma talvolta un rigonfiamento, che sporge nella parete anteriore della vagina , dando meccanicamente soverchia molestia, e che può sporgere anche nella vulva. L' urina che vi è ritenuta, si decompone. ed irrita, e di tempo in tempo è soggetta a venir fuori involontariamente. La cura migliore consiste nell'escidere una porzione della mucosa vaginale al disopra della dilatazione cistica, e riunire i margini dell'escisione con suture di categut o di fili d'argento. Qualche volta questa dilatazione cistica può raggiungere un volume considerevole, invadendo parte della base della vescica. In casi somiglianti la sola cura radicale possibile consiste nell'escidere completamente una parte della parete della dilatazione cistica e chiudere immediatamente con suture la fistola uretro-vaginale o vescico-uretro-vaginale, che ne risulta.

Vulvite. — L' infiammazione catarrale della vulva, gonorroica o semplice, va d' ordinario unita ad analoga infiammazione della vagina , e ce ne siamo di già occupati parlando della vaginite. Quando però

la vulvite è l' elemento prevalente dell' affezione, è bene mantenere una lozione astringente e sedativa in contatto costante con le parti infiammate, la mercè d' un piumacciuolo di sfili fatto a cilindro e messo tra le ninfe (1). Sulla vulva si possono fare delle pennellature di una soluzione piuttosto debole di nitrato d' argento (40 cg. in 25 gm.) un giorno si e un giorno no, oppure nei casi ostinati si può usare la soluzione più forte (1.60-2 in 25) ad intervalli più lunghi.

Sia dopo cessata la gonorrea vaginale o altra forma di vaginite acuta come conseguenza del matrimonio, sia occasionalmente anche in vergini, può esistere una forma molto cronica ed ostinata d' infiammazione della vulva, generalmente molto pronunziata a parte posteriore, interessando principalmente l'imene o i suoi avanzi, ed estendendosi alla forchetta. Può trovarsi associata ad escoriazioni o fessure superficiali, ed è la condizione che il più comunemente dà origine a' sintomi del vaginismo (v. p. 392). Nel curarla si deve badare dapprima a curare qualunque scolo irritante sia uterino che vaginale. Fatto questo, si applica sulla vulva la soluzione di nitrato d' argento nel modo che abbiam descritto, che per lo più torna efficace. Ma se i rimedii più miti non bastano, allora si fanno pennellature sulla mucosa con parti eguali d' acido fenico concentrato e di glicerina. Il D.r Matthews Duncan descrive come una delle cause di vaginismo una forma di escoriazione superficiale, ostinata e ricorrente, ch' egli considera analoga al lupus, poichè qualche volta vi ha trovato anche dei piccoli tubercoli. Egli la crede curabile solo col caustico attuale, o con caustici ben forti come l'acido nitrico. Nella vulvite cronica la cura costituzionale, specie co' purganti salini, l'astinenza dall' alcool, una dieta alquanto parca, son cose molto importanti, massime in persone gottose, che vanno molto soggette ad una

(1) Questa è una formola abbastanza utile: Estratto d' Oppio cg. 20; Glicerina gm. 2,50; Liquore di Sottoacetato di Piombo diluito gr. 27.

forma ostinata della malattia. Una forma alquanto grave di vulvite può dipendere dal diabete, ed è bene investigare la presenza di questo morbo, massime in donne che hanno di già varcato la media della vita.

La forma di catarro purulento, comune nelle fanciulle deboli o strumose, che suscita talvolta il sospetto del contagio, è limitata per lo più alla vulva, ed è spesso prodotta da mancanza di nettezza o da irritazione degli ossiuri. Si cura con abluzioni frequenti, e lozioni lievemente astringenti, o con unguento di acetato di piombo. In pari tempo si prescriva una dieta nutriente e la cura tonico-ricostituente, e specialmente l'olio di fegato di merluzzo ed il ferro.

La vulvite follicolare è una forma cronica d'infiammazione, in cui o le glandole mucipare o le sebacee della vulva possono essere infiammate ed ingrossate. Quando è il caso delle glandole mucipare, ne sono principalmente affette la faccia interna delle ninfe ed il vestibolo; nel caso poi delle glandole sebacee i follicoli ingranditi sono più visibili sulla superficie esterna delle ninfe e sulla faccia interna delle grandi labbra, e le parti possono esser coverte da una secrezione caseosa più o meno fetida. Quest'affezione può essere la causa del forte prurito o vaginismo. La cura, locale e generale, è simile a quella della vulvite catarrale cronica. Spesso giova un unguento fatto con un'oncia di vasellina, e 40 cg. ad 1 gm. d'acetato di piombo, a cui si può aggiungere dell'acido idrocianico o della morfina.

La gangrena della vulva si verifica nelle fanciulle cachettiche sotto forma di noma, e talvolta anche in alcune forme di setticoemia puerperale, o in gravi malattie zimotiche. Si ricorda pure qualche caso sporadico in adulte, di etiologia incerta.

La dilatazione cistica delle glandole vulvo-vaginali avviene per occlusione del condotto della glandola, il cui orifizio di sbocco è situato proprio di fronte all'imene, e dipende generalmente da vulvite. Si forma così una tumefazione fluttuante, che

può acquistare il volume d' un piccolo uovo di gallina, e distendere il grande labbro. Il liquido contenutovi è chiaro e della consistenza dell'albume d'uovo. Il sintoma principale è il dolore, o il disagio che accompagna il coito. La *cura* consiste nell' incidere liberamente la cisti ed introdurvi un tampone bagnato nella tintura d' iodo o in una soluzione concentrata di percloruro di ferro. Ove la tumefazione si riproduca, la cisti si escide. Alle volte si possono avere cisti nella vulva, anche per ostruzione d' una glandola mucipara ordinaria.

Infiammazione ed ascesso delle glandole vulvo-vaginali. — D'ordinario segue alla gonorrea, ma può dipendere da semplice vulvite, specie quando la nettezza è poco curata. La cura consiste nel riposo, nella applicazione di cataplasmi, e nell'incisione, non appena si percepisce distinta la fluttuazione. L'infiammazione e la suppurazione possono estendersi anche alle glandole del tessuto areolare del grande labbro, o sorgere addirittura là per violenze dirette.

Dilatazione varicosa delle vene della vulva. — Dipende per lo più dalla gravidanza, ma può verificarsi indipendentemente da essa, o persistere dopo il parto. La *cura* deve generalmente limitarsi alla amministrazione di lassativi, a' bagni freddi ed al riposo. La puntura di queste vene può provocare un' emorragia fatale, che può anche avvenire per rottura traumatica. La rottura può essere anche l' effetto del coito. Constatata l'emorragia, la si può sempre arrestare con la pressione.

Ematoma o trombo del labbro. — È principalmente importante pe' suoi rapporti con la gravidanza e col parto, ma può verificarsi per un trauma, come per puntura con uno strumento acuminato anche fuori gravidanza. Ne' casi non puerperali non è necessario vuotare il tumore, il quale non deve essere vuotato finchè non avvenga la decomposizione o la suppurazione, oppure quando il volume non ne sia così enorme da non potersene sperare l' assorbimento.

Eruzioni. — Dell' eruzioni che possono aver luogo

intorno alla vulva, come altrove, le più frequenti sono il lichene, l'acne, i foruncoli e specialmente l'*eczema*. L'eczema della vulva reca sovente molta molestia per la dolentia ed il prurito che produce. D'ordinario esso comincia nella superficie esterna delle grandi labbra, e si estende alla pelle contigua delle cosce e dell'addome, del pari che alla mucosa della vulva. Quando è cronico, esso cagiona la caduta de' peli ed un notevole inspessimento della pelle e della mucosa. Quello, che principalmente dev'esser notato nell' eczema di questa sede, è la coesistenza di zucchero nelle urine, piuttosto frequente. senza depauperamento o altro sintoma generale, che accenni a morbo diabetico. L'eruzione non è dovuta soltanto ad irritazione dell'urina, poichè il D.r Braxton Hicks ha trovato l'eczema contemporaneamente in altre parti del corpo. L'irritazione prodotta da uno scolo leucorroico, l'incontinenza d'urina in persone gottose, le escoriazioni per esagerata pinguedine possono essere altrettante cause di eczema.

Quando l'urina contiene zucchero, bisogna fare una cura antidiabetica generale e lavare con acqua i genitali, dopo che l'inferma ha urinato. Del rimanente tanto la cura locale quanto quella generale son simili a quelle dell'eczema in altre parti del corpo. In casi ostinati può esser necessario il modificare lo stato della pelle con pennellature di caustici liquidi, come una soluzione di nitrato d'argento (2.50 in 25), d'acido fenico concentrato o una soluzione di potassa caustica (150 in 25), oppure passandovi il pastello di nitrato d'argento.

Col nome di CARUNCOLA VASCOLARE DELL' URETRA s'intende un'escrescenza connettivale, che sorge immediatamente in dentro dell' orifizio uretrale, d'ordinario al suo margine inferiore o laterale. Il volume può variarne da quello d'una testa di spillo a quello d'una nocciuola, o più raramente d'una ciliegia, e spesso è peduncolata. Nella gran maggioranza dei casi è abbondantemente provvista di vasi e di nervi, e rivestita d'un epitelio estremamente sottile, in

modo che è eccessivamente, sensibile, e sanguina assai facilmente. Qualche volta è unica, ma non di rado son parecchie. La varietà più sensibile di caruncola è rossa come una ciliegia, e la tendenza a sanguinare n' è proporzionata alla sensibilità. Per lo più è tanto friabile da potersi difficilmente afferrare con la pinzetta. La varietà meno sensibile può avere il colore della mucosa circostante, ed è meno friabile.

L' *etiologia* n' è oscura, ma può sorgere talvolta nell'infiammazione della vagina e dell'uretra, ed ogni causa d'iperemia passiva tende a promuoverne la formazione. È più comune nelle maritate, ma non è molto rara anche nelle giovani vergini, e neppure nelle vecchie. I *sintòmi* sono un dolore talvolta intensissimo nella minzione, ed una sensibilità estrema ad ogni minimo contatto, in modo che rende il coito impossibile o per lo meno molto doloroso, ed anche il camminare dà molestia.

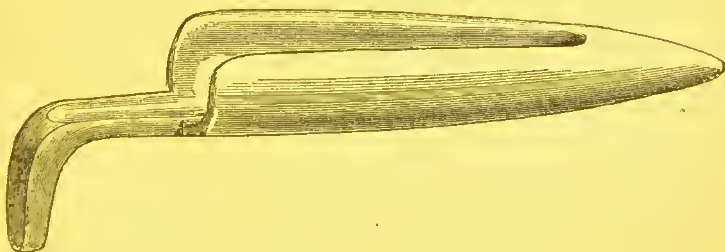


Fig. 75.—Speculum dilatatore dell' uretra di Bryant.

È bene quindi far sempre l' esame visuale dell' orifizio uretrale, quando l' esplorazione digitale risveglia forte iperestesia. Qualche volta la caruncola sanguina durante la minzione o anche in altro tempo. Risultato frequente dell' affezione sono manifestazioni isteriche piuttosto gravi, e talvolta anche grave depressione mentale. La *cura* consiste nell' anestesiare l'inferma, e, se la caruncola è peduncolata, escinderla con le forbici, causticando poscia con acido

nitrico, nitrato d' argento o meglio col caustico attuale o col cauterio alla benzina. È utile applicare in seguito una lozione di piombo con oppio o morfina. Nel caso di caruncole sessili si adopera il cauterio. Quando s'estendono in sopra, può esser molto opportuno lo speculum dilatatore dell'uretra di Bryant (fig. 75) per renderle meglio accessibili. Contro la riproduzione, il caùterio è il mezzo più efficace.

Tolta la caruncola, rimane talvolta l' infiammazione granulare dell' orifizio uretrale, che può anche estendersi in alto lungo il canale dell' uretra, e che, specie nelle vecchie, può esistere indipendentemente da qualsiasi caruncola. La superficie allora è intensamente rossa, sensibile talvolta quanto la stessa caruncola e facilmente sanguinante. Si cura con l' applicazione, per mezzo dello specillo di Playfair, di acido fenico e glicerina a parti uguali, oppure di una forte soluzione di nitrato d' argento (gm. 18)—3,40 in 25), o con applicazioni ripetute di sottoacetato di piombo ad intervalli di due o tre giorni.

Iperplasia della clitoride. — È d' ordinario, in tutto o in parte, congenita, e per lo più non ha rapporto con la masturbazione. In caso di grave molestia, si amputa la clitoride con lo schiacciatoio galvanico.

Iperplasia delle ninfe. — Le ninfe possono essere allungate o per vizio congenito o per effetto della masturbazione. Esse per tal modo possono impedire il coito, o esser irritate dallo sfregamento dei panni nel camminare. Quando è necessario, si asportano tutte o in parte.

Elefantiasi della vulva. — Meno ne' paesi orientali, l'elefantiasi della vulva è molto rara. Per lo più comincia in un grande labbro, e può formare un enorme tumore peduncolato. Se il tumore è peduncolato o localizzato, si può esciderlo ed allacciarne o schiacciarne i vasi, oppure amputarlo con lo schiacciatoio galvanico, o col coltello del cauterio alla benzina. L'ipertrofia sifilitica della vulva può talvolta simulare l' elefantiasi, oppure l' infezione sifilitica può esserne causa predisponente.

Fibromi o sarcomi. — Abbastanza raramente possono avere origine nelle labbra.

Il cancro della vulva. — Non è infrequente, specie nella clitoride o a' margini delle labbra. Il più delle volte comincia come un epitelioma. Nel periodo iniziale lo si può escidere nello stesso modo che il cancro della vagina e con maggiore probabilità di successo. All'uopo il migliore strumento è per lo più il coltello del cauterio alla benzina. Talvolta una ulcerazione dovuta a sifilide terziaria può simulare il cancro. In casi dubbii si ricorre al criterio terapeutico. La cosiddetta *ulcera erosiva* in questa sede è probabile che sia una forma superficiale d'epitelioma.

Il lupus. — Può manifestarsi sul monte di Venere, sulla superficie cutanea delle labbra o sulla loro superficie mucosa, ed in tal caso può estendersi alla vagina. È più frequente prima de' trent'anni, ed è caratterizzato da un'ulcerazione superficiale, accompagnata alle volte da sporgenze tubercolari, che si diffonde in una direzione, mentre guarisce in un'altra. Il decorso può esserne di molti anni. Quando ne è affetta la superficie mucosa, può essere accompagnato da ipertrofia ed induramento con retrazione del tessuto circostante. Il lupus però in questa sede è raro. Lo si cura come in altre parti del corpo.

Rottura del perineo. — In quasi tutti i casi la rottura del perineo avviene durante il travaglio del parto, quantunque delle volte possa avvenire nell'estrarre un grosso tumore, come un fibroma, dalla via della vagina. I casi di rottura del perineo possono esser divisi in due grandi classi: 1ª le rotture incomplete, nelle quali lo sfintere dell'ano non è diciso; 2ª le rotture complete nelle quali è avvenuta la vivisione dello sfintere anale, e quindi ha avuto luogo una maggiore o minore distruzione del setto retto-vaginale. In ambo i casi la prima operazione avrebbe dovuto essere eseguita nel tempo della rottura, ed è più facile dell'operazione secondaria, poichè non occorre recentamento di superficie. Di questa prima

operazione non ci occupiamo, essendo descritta nei libri d'ostetricia.

L' effetto dell'incompleta rottura del perineo consiste nel privare la parete anteriore della vagina, nella sua parte inferiore, del sostegno che normalmente le appresta il corpo del perineo medesimo (v. fig. 25) e promuovere quindi il prolasso della vagina e conseguentemente quello dell'utero. La parte che la vagina prende al coito viene ad essere anche menomata per il rilasciamento del suo orifizio. Quando la rottura è estesa, giungendo in vicinanza o a livello dello sfintere anale, è bene allora intervenire, senza aspettare che si produca il prolasso, eseguendo la cosiddetta operazione secondaria. La quale, supposto che la prima operazione non abbia recato vantaggio, oppure che non sia stata eseguita, non può eseguirsi prima che sian passati almeno due mesi dal parto, in modo che siano completamente fuori campo le conseguenze del puerperio. È anche opportuno che il bambino sia divezzato prima dell'operazione, per evitare all' inferma il disturbo dell'allattamento durante il tempo richiesto per la riunione della rottura, ma ciò non è assolutamente necessario. Del metodo operativo nella rottura incompleta ci siamo già occupati nel trattare del prolasso dell'utero e della vagina (pag. 131).

La rottura completa del perineo distrugge, inoltre, o menoma il potere di contenere i materiali dell'intestino, e questo effetto può variare dall'incontinenza completa delle feci al potere diminuito di contenere i gas o le scariche ventrali liquide, quando le budella son rilasciate. Lo scopo principale dell' operazione in questo caso è di ripristinare le funzioni dello sfintere, e se questo scopo non si ottiene, per forte che sia il perineo rifatto, l'operazione è stata inutile. Quande lo sfintere è lacerato, i suoi due estremi si separano, ed invece di formare un circolo, esso diventa quasi una linea retta nella posizione E F (fig. 76). In tal caso le pliche cutanee raggiate che indicano lo sfintere si vedono solo al margine inferiore del-

l'orifizio del retto, e lo stesso sfintere può essere avvertito dal dito sotto la cute come un rilievo rettilineo o quasi, i cui estremi si sono in certo modo retratti da' bordi della cicatrice ne' punti E ed F. Il punto più importante dell'operazione sta nel regolare

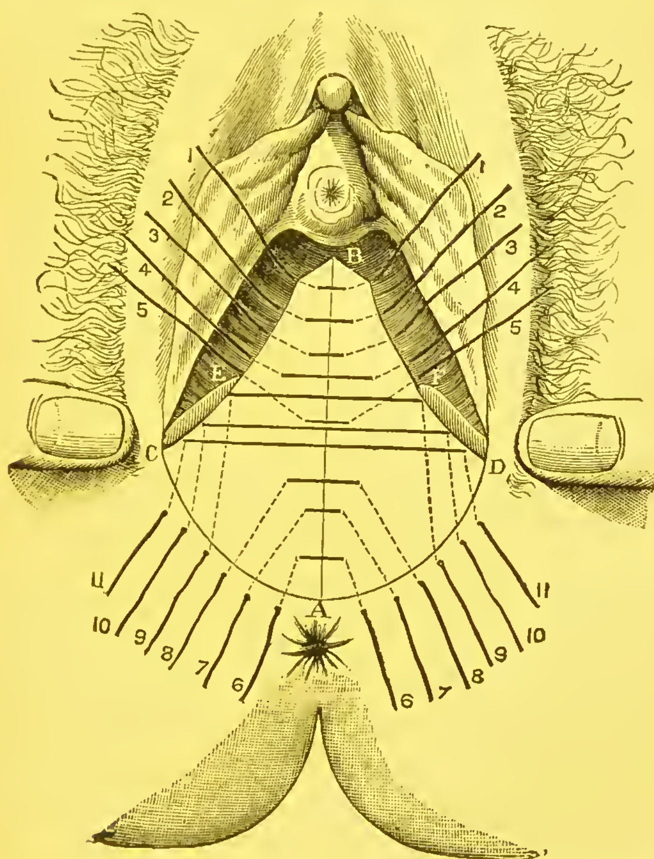


Fig. 76. — Operazione per rottura completa del Perineo.

in tal modo il recentamento e la disposizione delle suture, che i due estremi dello sfintere siano riuniti.

Operazione per rottura completa del Perineo.

Ecco in che modo io eseguo per lo più l'operazione. Anzitutto si lava il retto con una siringa, e,

quando l' operazione sta per cominciare, vi s'introduce una spugna legata ad un filo, per impedire la discesa di materie fecali. Le cosce si assicurano con la gruccia di Clover (v. p. 130), e le dita degli assistenti stirano la mucosa, stirando la pelle delle cosce in fuori verso i punti C e D (fig. 76). Si prende un punto B nella linea mediana della vagina a sufficiente distanza dall'apice dello squarcio nèl setto, e si pratica un' incisione attraverso la mucosa dal punto B al punto G e dal punto G a'punti E ed ed F lungo i margini del setto tra la mucosa rettale e la cicatrice. S' incide poi anche attraverso la cute dal punto E al punto C, e dal punto F al punto D, in modo che la superficie recentata sorpassi alquanto i limiti della cicatrice lasciata dalla lacerazione, badando però che i punti C e D non siano più in alto delle estremità inferiori delle ninfe. La superficie quadrilatera E G B C allora si afferra con una pinzetta al punto E e si escide col bistori prima dall'angolo E, e poi dall' angolo G andando verso la base BC. Mentre si fa questo, le parti son mantenute stirate da un assistente, che tira in basso con un uncino la pelle al disotto del punto E. La superficie quadrilatera scollata si escide quindi con le forbici, lasciandone un lembo rivolto in su lungo la linea BC. Nello stesso modo si pratica per la superficie FGBD. Se, com' è solito, gli estremi dello sfintere ne'punti E ed F si son retratti dai margini della cicatrice, è bene allora escidere con le forbici una striscia abbastanza stretta di mucosa rettale, a breve distanza dal punto E, e dal punto F verso il punto G, in guisa da portare la superficie recentata fino agli estremi dello sfintere.

Fatto questo, si procede all'applicazione delle suture nel seguente modo: Prima due o tre suture rettali secondo l' ampiezza dello squarcio nel setto, destinate ad esser legate nel retto lasciandone gli estremi sporgenti attraverso l'ano (1). L'ago miglio-

(1) Le suture rettali sono state adottate da Dieffenbach, Simon e Bantock.

re è quello a mezza curvatura, e va sostenuto in una pinzetta porta-aghi. L'ago s'introduce a breve distanza dal margine dello squarcio, e si fa uscir fuori precisamente nel margine della mucosa rettale sulla linea GF. Allora s'infila l'ago coll'altro estremo del filo, e s'introduce nello stesso modo da fuori in dentro sul margine EG. Le altre due suture si passano completamente intorno al rimanente del setto, per mezzo d' un ago ricurvo non molto grande montato ad un manico. Questo ago s'introduce senza filo, ma trasporta seco il filo nell'essere ritirato. La prima di queste (3, Fig. 76) si applica alquanto indietro ed in sotto dell'angolo F, in modo da afferrare o andare molto vicina all'estremo dello sfintere, e si fa uscir fuori nella stessa maniera vicino al punto E. Così quando si stringe, essa ravvicina gli estremi dello sfintere dandogli la forma d' un circolo, ma spesso avviene ch' essa faccia combaciare non tanto le superficie recentate quanto la mucosa rettale intatta. Questa sutura serve da barriera contro la discesa delle materie fecali, mentre quella che viene dopo (4, fig. 76) aiuta le suture rettali nell' unire le superficie recentate. Le altre suture si applicano, come si vede nella figura, con un ago leggermente ricurvo montato ad un manico, e nell' istesso modo che si pratica per la rottura incompleta del perineo (v. p. 133). L'ago, senza filo, s'introduce abbastanza vicino al margine CE o FD, e si fa uscir fuori, meno nella sutura n° 5, sulla linea dove il margine CB o DB è rovesciato in sopra, tirando seco uno degli estremi del filo, l'altro estremo essendo poscia tirato nello stesso modo. L' effetto consiste in questo, che quando si stringono le suture, i margini BC e BD vengono a formare un piccolo rilievo rivolto verso la vagina, e più tardi vanno a cadere e coprire qualunque parte del bordo della vagina che non si riunisce completamente. La sutura n° 5 può esser coverta, oppure portata per breve tratto fuori in vicinanza della linea mediana BG.

Quando tutte le suture sono a posto, si tira la

spugna dal retto, e le suture rettali son le prime ad esser legate. Bisogna aver cura che il rilasciamento sia tutto nel centro, e che i margini E G ed F G combacino perfettamente. Questo favorirà il ravvicinamento degli estremi dello sfintere in buona parte, e si uniscono poi completamente legando la sutura 3. Le altre suture vanno legate secondo l'ordine numerico, badando che non vi rimangano frammessi grumi sanguigni. Gli estremi delle suture rettali si possono lasciare discretamente lunghi per distinguerli, gli altri più corti.

Le suture perineali si tolgono fra 7 giorni. Le rettali possono esser lasciate dieci a quattordici giorni di più, finchè il perineo non si consolida. Allora si tolgono attraverso un piccolo speculum rettale, badando nell'introdurlo di non produrre guasti. Con una simile operazione l' ano è più completamente rifatto che non sia con le suture incavigliate, o col metodo di praticare profonde incisioni laterali per diminuire la tensione. Ove s'incontri molta resistenza nel far combaciare le superficie, la sola cosa che si richieda è di aumentare il numero delle suture, di guisa che siano più numerosi i punti, dove la tensione diminuisce.

In alcuni casi, con l' operazione in primo tempo dopo il parto, si ottiene una unione superficiale, e in vicinanza delle parti riunite rimane una fistola retto-vaginale. Il miglior metodo in questo caso consiste nel tagliare con le forbici il ponte d' unione, e quindi procedere come per rottura completa del perineo. Questa è l' unica via per avere un perineo spesso e resistente, e l'insuccesso è meno facile che non sia in un'operazione di sola fistola.

CAPITOLO XII.

DISTURBI FUNZIONALI E SINTOMATICI

Amenorrea

L'Amenorrea o l'assenza del flusso mestruale, entro i limiti d'età, in cui dovrebbe naturalmente continuare, deve distinguersi dall'occlusione del canale genitale e dalla consecutiva ritenzione del flusso mestruo, che produce un'amenorrea soltanto apparente. Inoltre, l'amenorrea non solo è naturalmente fisiologica nella gravidanza e nell'allattamento, ma è ancora risultato comune d'un gran numero di condizioni patologiche sia locali che generali. L'abbiamo di già menzionata come sintoma di assenza ovvero d' incompleto sviluppo dell'utero e delle ovaie, e di degenerazione cistica o d'altra forma di queste, e l'abbiam registrata pure fra le conseguenze di grave infiammazione degli organi pelvici, specialmente di ovarite acuta e di pelvi-peritonite. Le principali varietà ne sono l'*amenorrea primaria*, in cui la mestruazione non è mai apparsa e *l' amenorrea secondaria*, o soppressione della mestruazione.

L'età, in cui comincia la mestruazione, può variare di molto nelle varie persone, senza che per questo si chiami il medico; ma quanto più n'è ritardata la comparsa oltre l' età normale, tanto più questo dipende da disordini costituzionali. La differenza ha origine in parte dal vigore generale e dallo sviluppo di tutto l' organismo, ed in parte dal relativo sviluppo ed attività delle ovaie e dell'utero. Così nelle giovanette poco intelligenti la pubertà è d'ordinario molto ritardata. Una grave malattia verso l'epoca normale, in cui comincia la mestruazione, spesso ne ritarda consi-

derevolmente la comparsa. L'amenorrea primitiva può dipendere da sviluppo incompleto dell'utero e delle ovaie, il quale incompleto sviluppo di uno o di ambo gli organi è anche causa predisponente all'amenorrea secondaria o ad una menopausa prematura. La soppressione subitanea della mestruazione durante il periodo del flusso può esser prodotta dal freddo o da vive emozioni morali, anche quando la soppressione non è sintoma d'attuale infiammazione. Questo può esser il punto di partenza d'un'amenorrea secondaria di lunghissima durata. L'amenorrea molto protratta o anche permanente può esser conseguenza di malattie acute o di emozioni morali molto depressive, oppure si può verificare la menopausa prematura senz'alcuna causa riconoscibile. Alcune volte n'è punto di partenza la soprainvoluzione dell'utero dopo il parto. Accade di frequente, che verso l'epoca naturale della menopausa periodi ben lunghi di amenorrea si alternino con de'flussi occasionali talvolta esagerati. Ogni malattia cronica esauriente, massime la tisi, può dar luogo ad un'amenorrea primitiva o secondaria secondo l'epoca in cui si manifesta. Inoltre l'amenorrea può provenire da perdite sanguigne ripetute, come per flusso emorroidario, da anemia ed insufficiente nutrizione per dieta scarsa, per vizii digestivi o anche per vita troppo sedentanea. Un cambiamento repentino di vita, come quello che ha luogo nelle giovanette che vanno la prima volta a scuola, può facilmente interrompere la mestruazione, quando si associi a qualcun'altra delle cause menzionate. Talvolta l'amenorrea si verifica poco dopo il matrimonio, senza gravidanza, e con maggiore facilità si può verificare in seguito a qualche fallo, che renda fortemente temibile la possibilità della gravidanza.

Fra tutte le cause però dell'amenorrea non ve n'è alcuna più frequente o più importante della *clorosi*, la cui relazione con la mestruazione è abbastanza complessa. Il significato importante di una tal relazione è dimostrato dal fatto, che questa malattia è quasi esclusiva del sesso femminile, e si manifesta in un'età

non molto distante dall'epoca della pubertà. La clorosi è largamente dipendente dalla predisposizione costituzionale, e spesso si associa a sviluppo incompleto del cuore con strettezza delle grosse arterie. Essa è d'altra parte in stretta relazione col sistema nervoso, poichè d'ordinario è caratterizzata da sintomi di depressione o di eccitabilità nervosa, e sovente deve la sua origine ad una emozione morale potentemente depressiva, come quelle che soglion suscitare i disinganni dell' amore. Per quanto riguarda lo stato del sangue, la clorosi si differenzia dalle altre forme d'anemia principalmente pel fatto, che il difetto d'emoglobina è molto più considerevole del difetto numerico di corpuscoli rossi. È così che si spiegano l'estremo pallore della cute e la sua tinta verdastra peculiare.

La clorosi può manifestarsi prima della pubertà e dar origine all'amenorrea primitiva. In altri casi il principio della mestruazione è il punto di partenza della clorosi, poichè l' esito rende le esigenze del nuovo stato superiori alla povertà dell'organismo. In casi più rari si ha lo stesso effetto per una mestruazione, che da principio è stata molto abbondante, benchè in seguito, stabilitasi la clorosi, sia divenuta scarsa, o sia stata soppressa addirittura. In generale quindi l'amenorrea della clorosi è secondaria allo stato del sangue e dell' intero organismo. È probabile però che in molti, se non nel massimo numero de'casi, contribuisca alla malattia il difetto dell' eccitamento alla nutrizione, proveniente dallo sviluppo e dall'attività delle ovaie. Così si osserva spesso nella clorosi la tendenza alla produzione di adipe fatta a spese del tessuto muscolare, tendenza che ben di frequente caratterizza il torpore delle ovaie. Non sono molto rari d'altra parte i casi, in cui l'amenorrea è primaria ed associata in sulle prime ad uno stato pletorico, mentre poi dopo un certo intervallo appariscono i segni dell'anemia e della clorosi, e neppure quelli sono rari, in cui è tornato vantaggioso il matrimonio, oppure una cura emmenagoga diretta.

Un contrapposto a'casi di clorosi sono i casi di ame-

norrea primitiva o secondaria associata ad apparenze pletoriche e a disturbi generali, simili a quelli che sogliono provarsi al tempo della menopausa, come cefalalgia, rossore nel viso, costipazione, disturbi epatici ed una tendenza a disturbi nervosi ed a melanconia. In generale in questi casi si può conchiudere per l' inattività delle ovaie, dovuta sia a stato congenito, sia ad una vita molto agiata e sedentanea. A questi sintomi si possono aggiungere emorragie da varie parti, come da'polmoni, dallo stomaco, dal naso, dal retto e talvolta anche da una ferita o da un'ulcera. Son queste le emorragie, alle quali s' è dato qualche volta il nome di mestruazione vicariante o ettopica. È assai raro del resto, che l'emorragie vicarianti abbiano una periodicità mensile, ed esse servono soltanto ad indicare un eccesso di pressione vascolare, che non trova il suo naturale compenso.

Diagnosi.— Nell'amenorrea primitiva, se v'è dolore periodico o qualche altro sintoma che susciti il sospetto di atresia, bisogna procedere ad un esame locale; come pure se la comparsa della mestruazione è di molto ritardata, se all'amenorrea s'accompagnano sintomi di pletora locale o generale, o infine se v'è progetto di matrimonio. Nella emorragia secondaria bisogna accuratamente assicurarsi della possibilità o meno della gravídanza. Se in una giovane, che ha tutte le apparenze della buona salute, la mestruazione, precedentemente normale, in un momento viene a cessare senz'alcuna malattia, quella di cui prima naturalmente si sospetta è la gravidanza. In un caso che faccia nascere sospetti, l'ispezione delle mammelle spesso indicherà la necessità d'un esame più completo. Bisogna inoltre avere speciale cura di rintracciare i segni di qualunque infiammazione pregressa dell'utero o delle parti circostanti, specialmente di pelvi-peritonite. La clorosi generalmente è rivelata dal viso dell' inferma. Anche ne' gradi minori di anemia vi sono d'ordinario de' segni caratteristici, come la brevità del respiro, la debolezza, dolori nevralgici o indigestione, mentre lo stetosco-

pio rileva i mormorii anemici sul cuore o sulle grosse arterie. Non essendovi segni manifesti di clorosi o di altra causa, si cerca di rintracciare i segni della tisi o di altro morbo costituzionale. Della diagnosi dello stato dell'utero e delle ovaie ci siamo già occupati (pp. 45 e 269).

Cura. — Quando l'amenorrea è sintomatica di malattia costituzionale, come la tisi, la cura dev'esser diretta unicamente alla malattia principale, e se è conseguenza d'infiammazione pelvica, l'infiammazione va curata per la prima. In tutte le forme d'anemia, ma specialmente nella clorosi, il ferro è il gran rimedio, e nella clorosi le dosi siano senza risparmio. È uopo però assicurarsi dapprima, che le condizioni degli organi digerenti sian tali da tollerarlo ed assimilarlo, ed è quindi preferibile adoperare da principio gli amari vegetali co'salini, oppure unendoli agli alcalini o agli acidi secondo le circostanze. Il Dr. Barnes raccomanda l'ioduro di potassio come preparatorio al ferro, o insieme con esso. Sovente si ha molto vantaggio dallo sciroppo di ioduro di ferro. Se il potere digestivo è il debole, ferro dev'essere somministrato nella forma più assimilabile, come il ferro dializzato, il ferro ridotto dall'idrogeno, o uno de'sali vegetali. Spesso è utile combinarlo con l'aloe, massime se v'è tendenza a costipazione. L'aloe ed il ferro possono darsi in pillole, oppure può unirsi al decotto d'aloe il citrato di ferro ed ammoniaca. Il permanganato di potassa, dato in pillole di 10 a 12 cg., è stato recentemente commendato contro l'amenorrea funzionale. Sono anche utili talvolta gli altri tonici come la chinina, la stricnina, e specialmente l'arsenico. L'olio di fegato di merluzzo è utile, quando non vi sia tendenza a pinguedine. La cura igienica è ancora più importante della medicinale. Una dieta nutriente, con larga abbondanza di carne fresca, aria in quantità, esercizio accortamente regolato, specialmente il cavalcare, bagni freddi dolci, o, meglio, marini, finalmente cambiamento d'aria. Quando la comparsa della mestruazione ritarda di molto,

bisogna evitare con ogni cura una vita troppo sedentanea, il troppo studio o una dieta non confacente; poichè se vien troppo a lungo differito l'inizio dell' attività delle ovaie, può venir meno il naturale sviluppo della pelvi nella pubertà (v. p. 369), e la stessa mestruazione va soggetta a disordini, quando incomincia troppo tardi. In tutti i casi di amenorrea associata ad anemia, specie nelle giovani, bisogna assiduamente vigilare sulla possibile comparsa di segni che possano accennare alla tisi. Lo svernare in paesi caldi e marittimi spesso esercita una benefica influenza sulle funzioni mestruali, a parte ogni delicatezza di petto. Nell' amenorrea o nella scarsa mestruazione associata ad un'apparente pletora, piuttosto che ad anemia, bisogna prescrivere una dieta nutriente, ma parca, con prevalenza di sostanze azotate. In questi casi bisogna consigliare un esercizio maggiore, e sovente fa d'uopo riccorrere a qualche purgante. In tutti i casi poi, in cui il difetto non sia nelle condizioni generali di salute, ma nello sviluppo dell' utero e delle ovaie, d' ordinario il matrimonio fa bene, massime quando difetta l'attività delle ovaie; e se si verifica gravidanza, in seguito la mestruazione è generalmente più regolare.

Se il freddo o altra causa arresta la mestruazione durante uno de'suoi periodi, senza che avvenga alcuna infiammazione, e l' arresto della mestruazione è seguito da mal di capo o altri sintomi di congestione generale, si ricorre ai semicupii o pediluvii caldi con della polvere di senape, cataplasmi caldi sull'ipogastrio, ed internamente dell'acetato ammoniacale con etere, oppure dell'alcool in acqua calda, beninteso moderatamente. La stessa cura si ripete, se la mestruazione non ritorna a tempo debito, nel periodo successivo. In tutti i casi di amenorrea non dipendente da anemia, ma accompagnata da sintomi congestivi locali o generali, una cura come questa può ripetersi per tre o quattro giorni consecutivi in parecchi de'mesi successivi, sia quando dovrebbe cominciare il periodo del flusso, sia ad intervalli di circa quattro settimane. Il semicupio può

prendersi la sera, applicando poscia un cataplasma di linseme sull'ipogastrio, ed il piediluvio caldo con farina di senape può prendersi la mattina, mentre ogni sera si prende una pillola di aloe e mirra. Possono anche tentarsi unguenti eccitanti alla faccia interna delle cosce e anche iniezioni calde. Tornano spesso utili tre o quattro sanguisughe alla faccia interna delle cosce o delle ginocchia, e quando v' è dolore sintomatico di congestione locale, le sanguisughe si possono applicare alle grandi labbra o nelle maritate al collo dell'utero. Tutto questo ha per iscopo di provocare un afflusso periodico verso la regione pelvica, ed è specialmente indicato nell' amenorrea primitiva di lunga durata, associata ad apparenze pletoriche, oppure quando ha già avuto luogo alcun'emorragia vicariante.

V' ha de' casi, in cui, dopo tentati su vasta scala tutti questi mezzi, può esser opportuno stimolare direttamente l' utero o le ovaie. Questo, però, deve limitarsi a'casi, ne'quali l'amenorrea non dipende da vizio costituzionale, ma si tratta invece di sviluppo incompleto dell'utero, non di grado estremo, oppure si può argomentare sviluppo incompleto delle ovaie, e ne'quali inoltre o si ha ragione di credere che l'assenza della mestruazione danneggi la salute, oppure si ha l'emorragia vicariante. Si ricordi del resto, che spesso le inferme esagerano esse medesime l'importanza dell' amenorrea, dal che bisogna dissuaderle. Avendosi motivo di adottare una cura locale, si può far passare una corrente faradica tra la regione ovarica e l'uterina o tutti i giorni, ovvero ogni due giorni. Un elettrodo si situa sul sacro, e l'altro sulle regioni uterina ed ovarica alternativamente. Un reoforo può anche introdursi nell'utero. Come stimolo meccanico, può adoperarsi di tempo in tempo la sonda uterina, o le bugie metalliche, oppure, con le debite precauzioni (v. p. 32) si può dilatare il collo con una tenta. Il mezzo più efficace però è rappresentato dall'asta intrauterina, e specialmente l'asta galvanica di Simpson, di cui la metà superiore è di zinco e l' infe-

riore di rame. L'effetto di questa è uno stimolo più chimico anzicchè elettrico, per la lenta e costante produzione di cloruro di zinco, benchè non siavi dubbio che anche una debole corrente galvanica si sviluppi ed agisca sulla mucosa uterina. Una forma modificata di pessario galvanico, in cui il rame e lo zinco son messi l' uno a lato dell' altro in forma di un'ansa di filo, è molto più tollerata, come quella che consente maggiore mobilità all'utero. Quando il difetto risiede nell' utero, può essere più opportuno il pessario ad asta, ma esso può avere un' azione stimolante riflessa sulle ovaie. Non occorre ricordare, che solo in casi eccezionali si può ricorrere a manovre non interamente esenti da pericolo. È pure condizione indispensabile che la salute generale dell'inferma sia tale da rendere evidente, che la causa dell'amenorrea sia locale, che non vi sia stata infiammazione pregressa, e che infine la paziente sia scrupolosamente sorvegliata. Buon numero d' inferme con le ovaie incompiutamente sviluppate possono con vantaggio esser lasciate a se stesse. Fra'casi, in cui si può tentare l'uso dell'asta intrauterina, dopo l'insuccesso degli altri mezzi più miti possono iscriversi quelli, ne'quali ha luogo l'emorragia vicariante in sedi pericolose. Come per le flessioni dell 'utero, chi deve eseguire un tal metodo di cura non deve essere il primo venuto, ma dev'essere un abile specialista. Si usino le precauzioni che abbiamo descritto (v. p. 109), e per la corrosione e consecutiva ruvidezza dello zinco l'asta non si lasci in sito più di tre settimane per volta. Quando non si tollera l'asta galvanica, si può usarne una diritta oppure quella di Chambers (fig. 38). In alcuni casi di sviluppo incompleto dell' utero, non di rado estremo, talvolta l' uso prolungato di un' asta ha potuto produrre un graduale ingrandimento dell'organo. Se l'amenorrea o la scarsa mestruazione dipendono da pelvi-peritonite da cellulite o da ovarite acuta, bisogna evitare l'uso della sonda e qualunque intervento locale. Potendo credere che già abbia avuto luogo l'atrofia delle o-

vaie, si può cautamente tentare un mite trattamento locale, se l' atrofia è recente, e non si prolunghi, se non torna immediatamente vantaggioso.

Oltre l'aloe, che influisce anche sull'utero pe' rapporti simpatici tra quest'organo ed il retto, altre sostanze son reputate più o meno direttamente emmenagoghe. Di queste le più efficaci par che siano l'olio di sabina, alla dose di 20-40 cg. e la tintura di elleboro alla dose di 80 cg. — 1,20. L' ergotina è anche creduta emmenagoga del pari che emostatica nelle mestruazioni abbondanti. Tutti questi farmaci però possono fallire, e difficilmente v'è nulla a sperarne, quando ciò che manca è lo sviluppo de' follicoli di Graaf. Nell'amenorrea dipendente da metrite cronica o da infiammazione periuterina talvolta agisce da emmenagogo la tintura d'iodo alla dose di 20-40 cg.

Nella clorosi e nelle altre forme d'anemia, è bene non usare gli emmenagoghi, se non dopo avere completamente sperimentato i tonici e l'igiene. Nei casi ostinati, si stimola col calore e con la corrente tra le regioni ovariche.

Mestruazione scarsa. — In generale dipende dalle stesse cause che producono l' amenorrea. agenti con minor acuzie, e si cura allo stesso modo.

Menorragia e Metrorragia — Con la parola menorragia s' intende significare una perdita eccessiva di sangue dall' utero durante i periodi mestruali; per metrorragia poi s' intende una perdita durante gl'intervalli, oppure d'una specie tanto irregolare da non far distinguere alcuna periodicità mensile. Ecco le principali cause dell'una e dell'altra: 1. Uno stato morboso del sangue, come quello che si ha nel morbo di Bright, in certe forme di cattiva nutrizione e nelle affezioni febbrili, massime zimotiche. 2° Il rilasciamento anormale de' vasi o lo stato morboso delle loro pareti per emofilia, per indebolimento, per gli effetti di un clima caldo o per altra cagione. 3. Un' iperemia attiva generale per pletora costituzionale o eccessiva pressione arteriosa. 4. L' iperemia passiva, sia generale, come per malattie cardiache, polmonari o

epatiche, sia locale, come per pressione di un tumore o per spostamento dell' utero. 5. Il difetto di tono nelle pareti muscolari dell' utero, la contrazione delle quali regola e controlla la circolazione dell' organo allo stato normale. Questo può dipendere da difettosa nutrizione generale o da una condizione morbosa locale. 6. L' iperemia attiva locale. Questa iperemia può provenire: da ritenzione nell' utero di una porzione di placenta o di membrana; da infiammazione o dalla semplice presenza di neoplasie nell' utero, sia nel collo sia nel corpo, nelle ovaie o nelle parti circostanti; da congestione o irritabilità delle ovaie; da cause morali o meccaniche, come l' eccitamento o l' eccesso sessuale. 7. L'aumento della superficie della mucosa per ingrandimento del corpo dell' utero. 8. Finalmente, uno stato morboso della mucosa uterina sia dipendente, da infiammazione, da degenerazione villosa o glandolare, e sia da tumori, massime se ulcerati.

Un' altra classifica praticamente utile della menorragia e della metrorragia consiste nel dividerle in quelle forme dovute a cause generali ed in quelle altre dovute a stato morboso degli organi sessuali. La prima categoria comprende le prime tre, gran parte della quarta e la quinta delle cause enumerate, la seconda comprende le rimanenti.

La quantità di sangue che si perde per la mestruazione varia notevolmente nelle diverse donne, e la differenza dipende in gran parte dallo sviluppo e dall' attività delle ovaie.

Quando le ovaie sono più attive del solito, la mestruazione comincia presto, e finisce tardi, mentre in pari tempo il flusso è molto abbondante, la sensibilità sessuale viva, e vi è soggezione a menorragia e metrorragia, massime dopo che la mestruazione è cominciata, come pure ad iperemia attiva degli organi sessuali.

Diagnosi.— D' ordinario i sintomi della menorragia e della metrorragia invitano ad un esame locale. In casi di menorragia moderata in giovani nubili, su-

bito dopo l' epoca della pubertà, come si può avere per attività eccessiva delle ovaie, è bene cominciare a sperimentare la cura generale. Nell' indagine della causa del disordine si adoperano tutti i mezzi utili, come l' esplorazione vaginale, l' esame bimanuale, la sonda, e, meno nelle vergini, anche lo speculum. Se poi la causa non si lascia scoprire, e il disordine continua a resistere alle cure, allora è bene dilatare il collo dell' utero per esplorare la cavità uterina.

Cura.— Della cura de'varii disordini degli organi sessuali, di cui la menorragia e la metrorragia sono sintomi, ci siamo già occupati. Rimane solo a parlare della cura immediata e palliativa e del come regolarsi ne'casi, in cui non vien fatto di rintracciare alcuna causa locale.

Si sono avuti talvolta casi di menorragia fatale, senza che sia stato possibile constatare qualunque condizione morbosa neppure all' autopsia, quindi la prima indicazione è di arrestare l' emorragia.

In primo luogo si pensa di curare le cause generali quanto si può, e combattere qualunque iperemia passiva generale, specialmente co' purganti salini se v' è costipazione (v. p. 167). Se l'emorragia è grave, si tenga l' inferma in completo riposo in posizione orizzontale, proibendole ogni bibita calda e l' alcool. L' emostatico più efficace è l' ergotina. Nelle forme più gravi si dà un infuso a freddo di gr. 2-2,50 di polvere d'ergotina, o in altre forme (p. 230), specialmente se occorre un effetto rapido. Dopo l' ergotina l'efficacia maggiore l' ha la digitale a larghe dosi (un grammo di tintura) e la stricnina, ciascuna delle quali si può unire all' ergotina. La chinina agisce pure come emostatico, ma a dosi generose. La canape indiana è anche utile (50-60 cg. di tintura), specialmente quando l' emorragia è accompagnata da dolore. Larghe dosi di bromuro di potassio si sono sperimentate utili, massime quando v'è esagerata attività delle ovaie. In casi di emorragia molto grave, larghe dosi d'oppio e ghiaccio sul ventre, meno nei primi tre giorni della mestruazione, quando il ghiac-

cio dev'essere evitato. Utili sono ancora le iniezioni calde nella vagina. Se la perdita è allarmante, si fa il tamponaggio della vagina, o meglio quello dell'orifizio uterino. Il tampone non si lascia in sito per più di 24 ore. Se sangue continua a scorrere, dopo dilatato il collo con una tenta, si fanno iniezioni di tintura d'iodo, di percloruro o di solfato di ferro nell'utero (1). Se anche questo vien meno, si fanno, come ultima risorsa, iniezioni stittiche entro l'utero, senza trascurare le debite precauzioni (v. p. 213).

Arrestata l'emorragia, si faccia osservare il più che sia possibile il riposo, massime per parecchi periodi successivi, mentre si pensa a curarne qualunque causa locale. I bagni freddi negl'intervalli mestruali sono spesso utili. Nell'emorragia per debolezza, cattiva nutrizione, anemia, purchè non vi sia ingorgo attivo nella pelvi, si dia il ferro in forma astringente, come la tintura di percloruro combinata con l'ergotina, e per lungo tempo. Nei casi miti, in cui non si constata lesione organica di sorta, gli acidi minerali insieme con la chinina possono completare la cura.

Dismenorrea. — La divisione antica della dismenorrea, o mestruazione dolorosa in nevralgica, congestiva ed ostruttiva è tuttora la più utile e comprensiva. Moltissimi casi, però, di dismenorrea non appartengono esclusivamente ad una o all'altra di queste categorie, ma partecipano dei caratteri di due di esse o anche di tutte e tre. I nomi quindi vanno intesi nel senso del carattere predominante. La forma nevralgica probabilmente non esiste mai, senza avere per base o una congestione anormale, o l'im-

(1) Il liquore di sottosolfato di ferro della Farmacopea degli Stati-Uniti, o soluzione di Monsell, si prepara nell'istesso modo che il liquore di percloruro della Farmacopea britannica, ma gl'ingredienti sono talmente proporzionati da risultarne un ossisolfato basico di ferro. Queste sono le proporzioni: Solfato di ferro 240 gm., acido solforico 20,40, acido nitrico 31,20. Acqua q. b. per fare 310 gm. Un liquido meno irritante sarebbe il percloruro sciolto nell'acqua.

pedimento del flusso mestruale. Un grado leggiero di ciascuna di queste due condizioni, che con un sistema nervoso sano non sarebbe neppure avvertito, oppure darebbe solo pochissima molestia, può in alcune donne non solo recar vivo dolore nella pelvi, ma essere centro ancora d' una irritazione, che dà luogo a dolori lontani e riflessi, come mal di capo, dolori alle mammelle, nevralgia intercostale, sciatica, ecc. In molti casi gravi di dismenorrea, che rendon la donna perfettamente inabile a qualunque lavoro durante la mestruazione, l'elemento iperestesico o nevralgico ha una parte molto importante.

In casi somiglianti lo stato del sistema nervoso può essere il fatto più importante, e quello che principalmente reclama l'efficacia della cura. In questa intelligenza quindi può ritenersi il nome di dismenorrea nevralgica, quantunque l'elemento congestivo o l'ostruttivo possano in tutti i casi essere i principali. La condizione morbosa del sistema nervoso, che mena a simile risultato, può essere benissimo una peculiarità naturale della inferma, specialmente se predisposta all'isterismo, ovvero può dipendere da nutrizione difettosa e da deterioramento del sangue, infine anche dall' impressione che fa sul sistema nervoso il costante dolore, massime il dolore d'una dismenorrea a base di congestione o di ostruzione.

Quanto alla dismenorrea ostruttiva bisogna ricordare, ch'essa non dipende solamente dalla ristrettezza o dalla flessione del canale, ma anche, ed in gran parte, dalla formazione di grumi e dalla espulsione di brandelli di membrane, non che dal fatto che la ampiezza utile del canale cervicale può essere diminuita per tumefazione della mucosa o per spasmo dell'orifizio. La dismenorrea ostruttiva per lo più è anche complicata da congestione o da infiammazione, determinata da irritazione della mucosa uterina per ritenzione di grumi o di secrezioni, con l' aggiunta talvolta, in casi di flessione, di ostacolo alla circolazione uterina. Per tal modo non è strano nella dismenorrea primitiva trovare il dolore limitato dap-

prima al periodo del flusso mestruale, mentre in seguito vi si aggiunge un dolore che comincia, prima che il flusso finisca, continuando in certo modo durante gl'intervalli.

Alcuni autori formano delle classi separate della dismenorrea infiammatoria, ovarica, membranosa e spasmodica. Però la dismenorrea infiammatoria bisogna considerarla piuttosto come una varietà o suddivisione della congestiva, poichè nell'infiammazione l'aumento del dolore durante il periodo mestruale è dovuto principalmente alla congestione concomitante, e sovente riesce impossibile tirare una linea di demarcazione assoluta tra la congestione e l'infiammazione. Oltre a ciò, la dismenorrea ovarica è alla sua volta una varietà della congestione o dell'infiammatoria, e finalmente la dismenorrea membranosa è una forma di dismenorrea ostruttiva accompagnata d'ordinario da sintomi di congestione (v.p.215). Tre altre forme di dismenorrea infiammatoria meritano specialmente la nostra attenzione, e sono: 1. quella, in cui il dolore durante la mestruazione è sintoma d'infiammazione attiva e recente, rivelata dal movimento febbrile, poichè allora è all'infiammazione che bisogna indirizzare la cura; 2. quella, in cui la dismenorrea è conseguenza d'un'infiammazione periuterina, poichè qui ogni trattamento meccanico è generalmente controindicato; 3. finalmente quella, in cui la dismenorrea proviene da endometrite del corpo, e spesso costituisce il sintoma più cospicuo che richiami l'attenzione sull'esistenza della malattia.

Per dismenorrea spasmodica s'intende quella, in cui il dolore si manifesta in forma di parosismi ricorrenti, talvolta molto gravi, e che con molta probabilità vanno attribuiti a contrazioni dolorose dell'utero. In questa, alla base costituita dall'ostruzione s'aggiunge gran parte dell'elemento iperestetico o nevralgico. Le contrazioni periodiche dell'utero, che avvengono durante la gravidanza, si verificano senza dubbio in un certo grado anche allo stato di vacuità,

e massime durante la mestruazione, quando esse servono all'espulsione del sangue mestruo. Esse possono essere rinforzate dalla presenza di grumi sanguigni o di pezzetti di membrane, oppure da qualche ostacolo che si oppone alla libera uscita del liquido mestruale nel canale cervicale, ma l'intensità del dolore che esse suscitano è in gran parte dipendente dallo stato del sistema nervoso. La dismenorrea caratterizzata da un dolore intermittente limitato alla durata del periodo mestruale, è mitigata, se non guarita, da un' adeguata dilatazione del collo, e questo fatto è un forte argomento in favore dell' opinione, che un qualche ostacolo alla fuoruscita del flusso entra certamente nell' etiologia, quantunque l' ampiezza assoluta del canale cervicale possa non essere minore del normale. Non pare finora dimostrabile, che un dolore continuo durante il periodo mestruale possa esser dovuto soltanto a spasmo tonico dell'utero.

Diagnosi. — Nella dismenorrea congestiva il dolore comincia, prima che si stabilisca il flusso, per lo più ad un intervallo di uno a due giorni fino ad una settimana, e talvolta un certo grado di dolore esiste anche negl' intervalli intermestruali. Quando non v'è complicanza d' ostruzione, il dolore è d'ordinario, più o meno ammansato appena il flusso comincia o in ogni caso verso la fine. Alle volte ritorna al cessare del flusso. Se la quantità di sangue perduto varia nei diversi periodi, il dolore è più vivo, quando il flusso è più scarso. Nella dismenorrea puramente ostruttiva il dolore non comincia, se non poche ore prima della comparsa del flusso, a meno che non vi sia un grado estremo di stenosi. Spesso ha un carattere intermittente, dipendendo in parte da contrazioni dolorose dell' utero, ma la ritenzione d'un grumo o d'un pezzo di membrana può renderlo continuo. Sovente si formano dei grumi per ritenzione di sangue entro l' utero, tuttochè non sia in gran copia, e questo perchè non s'è mischiato come di solito al muco vaginale. Quindi una mestrua-

zione scarsa, accompagnata dall'espulsione di grumi, è la miglior prova che la fuoruscita del flusso attraverso il collo non è completamente libera. Alcune volte col passaggio dei grumi coincidono dolori parossistici. Negl'intervalli i sintomi mancano, purchè però non vi sia complicanza di congestione o d'infiammazione. Quando il dolore è notevolmente aumentato dopo cominciato il flusso, benchè abbia esistito qualche tempo prima, se ne può inferire che insieme alla congestione vi è anche l'elemento ostruttivo, poichè la congestione d'ordinario raggiunge il suo acme immediatamente prima che il flusso cominci. Si può sospettare che una dismenorrea congestiva sia ovarica, quando il dolore e la sensibilità son localizzati nella regione iliaca, specialmente quando vi sono anche dolori riflessi alle cosce, negli spazî intercostali o alle mammelle con l'aggiunta di sintomi isterici, ma il solo esame fisico può giustificare una diagnosi positiva. Se però il dolore comincia regolarmente ad un certo intervallo prima della mestruazione, e cessa prima che il flusso cominci, allora può quasi con certezza attribuirsi a difficile ovulazione. In qualunque caso di dismenorrea, il grado d' iperestesia, che si constata con un esame locale, può dare un' idea dell'importanza dell'elemento nevrotico.

La diagnosi fisica della causa della dismenorrea si comprende in quella dell' infiammazione, della congestione, dello spostamento o di qualsiasi altro stato morboso dell' utero, delle ovaie e delle parti adiacenti, o di stenosi del canale cervicale o della vagina, associandovi il criterio della disposizione dell' inferma all' iperestesia.

Cura. — Solo della cura palliativa ci rimane qui a parlare, poichè ogni altro metodo curativo consiste nella cura delle diverse cause. Bisogna esser molto rigorosi nel proibire ogni esercizio, e se il dolore è intenso si tenga l' inferma in posizione orizzontale durante il periodo mestruale. Nella dismenorrea congestiva si dia qualche purgante salino,

immediatamente prima del periodo, nel quale tempo generalmente v' è sempre tendenza a costipazione, e spesso tornano anche utili dosi complete di bromuro. In tutti i casi si trae giovamento da'semicupii o da'bagni caldi, della durata di circa mezz' ora. Giovano pure l'acqua calda con senape a'piedi e i cataplasmi caldi all'ipogastrio. Si eviti il freddo, e se l'inferma non guarda il letto, le si faccia portar la flanella e i calzoni di lana. L' etere e l' ammoniaca, tra' farmaci, si prescrivono con vantaggio insieme all' acetato ammoniacale (1). Uno dei rimedii più favoriti è la bevanda domestica fatta con acqua calda e gin o rhum. In sostituzione ei può usare l'essenza di zenzero in acqua calda. Fra i sedativi, i più utili sono il giusquiamo e la belladonna, l'acido cianidrico, il cloralio, la canfora a dosi di 20-40 cg. o il bromuro di canfora in capsule. La canape indiana è molto utile, specialmente quando il flusso è profuso, ma è di dubbio effetto, poichè non si è sempre certi della qualità. Se v'è molta isteria, si può dare l' assafetida per clistere. Contro il dolore l' oppio e i suoi alcaloidi non hanno rivali, ma bisogna evitarli quanto è possibile negli stati cronici. Non si può farne a meno però ne' casi gravi, specie quando la dismenorrea è conseguenza di peritonite. Sovente possono essere opportunamente prescritti in forma di suppositorii o di clistieri.

La tendenza alla nevralgia ed all' iperestesia nervosa va curata negl' intervalli intermestruali con rimedii tonici e con l' igiene, aria, bagni freddi, esercizio ed occupazione sufficienti. La stessa cura tende a promuovere la formazione d' una decidua mestruale più normale, se la mestruazione oltre all' essere dolorosa è anche scarsa. Nella dismenorrea congestiva primitiva il matrimonio d' ordinario torna vantaggioso, quando però essa dipenda da irritazione delle ovaie senz' alcuna lesione organica. Le forme miti di dismenorrea ostruttiva spesso guariscono col ma-

(1) Etere solforico gocce XXX. Sp. Cloroformio gocce XV. Acetato ammoniacale gm. 40 Acqua gm. 28.

trimonio seguito da parto. Ma se il matrimonio è sterile, com' è facile, che avvenga quando l' ostruzione è notevole, allora lo stato dell' inferma, invece di migliorare, peggiora.

Alcuni han creduto opportuna la cura della dismenorrea spasmodica con la dilatazione del collo la mercè di bugie metalliche (v. p. 61), non per rendere più ampio il canale, ma piuttosto per agire sul sistema nervoso e diminuire per tal modo la tendenza alle contrazioni spasmodiche. Sembra però più probabile, che il vantaggio, che se ne trae, dipenda dal canale che diventa più libero, e questo è comprovato dal fatto, che con una simile cura non solo si attenua la dismenorrea, ma non di rado si guarisce anche la sterilità. Il che certamente non si spiegherebbe con una semplice azione sul sistema nervoso.

Disturbi climaterici. — La cessazione della mestruazione è frequentemente accompagnata da disturbi costituzionali di ben noto carattere, e che spesso durano per un periodo di parecchi anni. Questi disturbi debbono essere attribuiti non solo al cessare dell' iperemia attiva periodica e del flusso sanguigno, a cui l'organismo è stato abituato per lo spazio di circa trentacinque anni, ma altresì alla deviazione in un'altra direzione dell' esplicarsi dell'energia nervosa. I fenomeni più cospicui dunque di questa crisi sono sintomi di pletora con disturbi vascolari transitorii, che producono l'arrossimento del volto, o un senso di calore o di freddo, oppure depressioni della regione epigastrica e d'altre parti. L'emorragia vicariante dal naso e dal retto è frequente, la soggezione all' emorragia cerebrale diventa maggiore. Qualunque stato congestivo o infiammatorio preesistente negli organi pelvici può essere temporaneamente aggravato. In molti casi, specialmente quando v'è stato qualche disordine uterino, la diminuzione della mestruazione non è graduale e progressiva, ma lunghi periodi di amenorrea sono interrotti da una profusa e spesso prolungata emorragia, che può perfino suscitare il sospetto dell' esistenza d' un cancro.

Le irregolari esplicazioni dell'energia nervosa sono frequenti, e possono prender la forma di mal di capo, di attacchi epilettici o apoplettici, oppure anche di manifestazioni isteriche in quelle che vi sono predisposte. In altri casi i disturbi nervosi si rivelano con uno stato d'irritabilità o di depressione, che, quando v'è una proclività costituzionale, talvolta può portare all'insania. V'ha delle donne che chiedono all'alcool un rimedio contro l'abbattimento, o anche contro il dolore, dovuto a'disordini pelvici o a disturbi digestivi, e non di rado così trae sua origine l'abito dell'intemperanza. Alla diminuzione dell'attività sessuale si associa una tendenza alla corpulenza ed a deposito di adipe intorno agli organi interni, che rende le inferme proclivi alla vita sedentanea. A questa causa debbono essere ascritti in parte i disturbi, che rappresentano principalmente lo stato generale, come costipazione, inattività del fegato, distensione dell'addome e flatulenza, con contrazioni intestinali spasmodiche e dolorose.

Cura. — Non è il caso di ricorrere ad emmenagoghi, a meno che la menopausa non sembri molto prematura, nè d'altra parte bisogna affrettarsi ad arrestare l'emorragia intercorrente, che spesso reca non poco sollievo, a meno che non vi siano segni di anemia. Nel caso però di anormale emorragia bisogna procedere all'esame locale, per chi sa non ci fosse qualche principio di cancro o un'erosione del collo, che a quest'età può benissimo esser il punto di partenza d'un cancro, e quindi richiede un sollecito intervento. La dieta sia parca, e si consigli l'esercizio. Si concedano vini leggieri, proibendo la birra e gli spiriti. Qualche volta è stato utile il salasso, ma oggi è piuttosto in discredito anche presso il volgo. Verificandosi accessi epilettiformi o apoplettiformi, o forte mal di capo con sintomi pletorici, si ricorra al sanguisugio alle tempie oppure alle coppe. Sovente giovano i purganti mercuriali e le acque lassative, specie l'acqua amara, da prendersi se occorre tutti i giorni. Contro i disturbi nervosi,

il bromuro, e contro i digestivi gli alcalini con amari vegetali da prendersi prima del pasto, oppure piccole dosi di rabarbaro, o del carbonato d'ammoniaca con aromatici. Quando v'è gran debolezza generale, si diano i tonici con acidi minerali; la noce vomica è utile per stimolare le pareti muscolari dell'intestino (vedi la prescrizione a p. 184).

Pseudociesi. — S'intende con tal nome una gravidanza spuria o immaginaria. Non di rado questa è una delle nevrosi dell'epoca climaterica, e n'è punto di partenza l'ingrandimento dell'addome per adipe e flatulenza accompagnato dalla soppressione della mestruazione. I movimenti dell'intestino disteso spesso si scambiano per movimenti fetali, anche da donne, che per aver fatto figli potrebbero esser guidate dalla propria esperienza. Lo stato mentale può variare da quello di uno sbaglio, che l'opinione del medico può immediatamente correggere, fino a quello d'una illusione, che giunge fino alla monomania, che si ribella ad ogni assicurazione in contrario, e che può durare molto più che non duri la gravidanza normale. L'illusione può manifestarsi in altri tempi, specialmente poco dopo il matrimonio, oppure dopo un fallo commesso.

Essa può persistere, anche continuando regolarmente la mestruazione, e la causa apparente ne risiede nell'addome ingrandito per adipe o per flatulenza e ne' movimenti fetali immaginarii. In alcuni casi le mammelle sono sviluppate e secernono un liquido mucoso, come nella gravidanza. L'ingrandimento apparente dell'addome sovente è maggiore per incurvamento del dorso e per rigidità de' muscoli addominali.

La diagnosi è generalmente facile, poichè l'esame bimanuale permette di constatare il piccolo volume dell'utero, e la percussione dell'addome produce risonanza timpanica, che del resto può esser diminuita dal troppo adipe. L'anestesia della donna toglierà ogni dubbio, e spesso la formalità di questo procedere insieme a quella d'un consulto bastano a dissipare l'illusione.

Dispareunia e vaginismo. — Con la parola dispareunia s' intende il dolore o la difficoltà del congiungimento sessuale. Questo è il sintoma che spesso fa chiamare il medico, benchè le donne non ne faccian menzione, se non interrogate sul riguardo. L'esplorazione vaginale rileverà, se esiste, qualunque ostruzione, sia dovuta ad un imene rigido o incompiutamente lacerato, sia dovuta a strettezza, retrazione cicatriziale o spasmo della vagina. Si vedrà inoltre, se mai la vagina fosse anormalmente corta, se l'utero è spostato, e se la sede della dolorabilità è nell' orifizio vulvare, nell' uretra, nella vagina, nel collo o nel corpo dell' utero, oppure se è dipendente da infiammazione periuterina o infine da un tumore. Se ha sede nell' orifizio vulvare, si ispezioni la parte accuratamente, per vedere se si tratti di vulvite, d'erosione, di fessura, di caruncola uretrale, che potrebbero non esser riconosciute dall' esplorazione digitale. La cura dipende dalla causa, ed in tutti i casi si proibisca il coito per un lungo periodo di tempo. Bisogna specialmente ricordare che qualunque retroversione parziale dell' utero, per la quale il canale uterino è portato quasi nella stessa linea di quello della vagina, espone il collo ad urti diretti, a cui non va normalmente soggetto, e che quest' effetto è maggiore, quando vi sia la concomitanza di un qualunque grado di prolasso.

La parola vaginismo definisce una contrazione spasmodica dello sfintere della vagina, o muscolo pubecoccigeo, che si verifica ad ogni tentativo di coito, rendendo l'introduzione difficile o impossibile. Si ha sovente lo stesso effetto introducendo un dito, o toccando l'orifizio vulvare con un pennello di peli di cammello. Ne' casi gravi, oltre allo sfintere, ne sono affetti i muscoli di tutto il corpo, i quali si contraggono energicamente alla sola idea del minimo contatto con la vulva, in modo che il coito potrebbe avvenire solo per violenza. In alcune donne che hanno una gran paura nervosa della consumazione del matrimonio, può essere così impedito anche il

primo tentativo del coito. Nella gran maggioranza de' casi però due sono le cause: una causa locale irritativa, ed uno stato iperestesico de'nervi della regione vulvare, quasi sempre associato ad una grande suscettibilità generale dipendente o accompagnata da temperamento isterico. Le donne che soffrono di vaginismo non sono inaccessibili al desiderio degli amplessi, anzi è proprio l'opposto. Lo spasmo del vaginismo in realtà non è che una esagerazione della contrazione dello sfintere vaginale normalmente prodotta dall'eccitamento sessuale o da pressione sulla clitoride, ma accompagnata da una sensibilità dolorosa della mucosa. I casi più caratteristici di vaginismo son quelli, che si manifestano fin dal principio della vita coniugale. Pel dispiacere la donna dimagra, ed è abbattuta. D'ordinario il dolore si manifesta solo nell'atto del coito, ma talvolta la vulva diviene tanto iperestesica, che anche il sedere ed il camminare sono dolorosi, e l'inferma è costretta alla vita d'un'invalida. Quella che più comunemente si trova come causa del vaginismo è una vulvite molto intensa verso la parte posteriore dell'orifizio, interessando specialmente la faccia anteriore dell'imene o de' suoi avanzi, e talvolta associata ad erosioni o a fessure. La vulvite può dipendere da grande sproporzione tra le parti oppure da malaccortezza del marito. Non di rado vi si aggiunge il contagio d'una gonorrea latente, e d'altra parte vi ha casi, in cui esisteva una vaginite o vulvite anteriore al matrimonio, dipendente da irritazione d'uno scolo leucorroico.

Il vaginismo può essere inoltre prodotto da una vulvite follicolare, da lacerazioni dell'orifizio vaginale o vulvare durante il travaglio del parto, da caruncole uretrali o altre escrescenze nella vulva, ed infine da infiammazione granulare nel meato uretrale. Abbiamo già menzionata la forma d'ulcerazione superficiale, che il D.r Matthews Duncan ha descritto come causa di vaginismo (v. p. 359) Il sig. Lawson Tait descrive, come causa frequente di va-

ginismo nelle donne di oltre quarant' anni, un' atrofia locale della mucosa, la quale produce delle piccole aree rosse, estremamente sensibili per le fibre nervose messe a nudo in seguito all' atrofia degli altri tessuti. Questo, si è detto, è uno stato incurabile, produce la graduale retrazione della vulva, ed è solo capace d' una cura palliativa mercè applicazioni d' acido fenico.

Cura. — In tutti i casi di vaginismo, ed in molti di dispareunia anche senza vaginismo, è una buona misura palliativa introdurre nella vagina, prima che il coito abbia luogo o del cold cream o della glicerina o altra sostanza oleosa poichè quando il coito è doloroso, o v' è difetto di sensibilità sessuale, può mancare la secrezione lubrificante, che l' emozione provoca abbondantemente. Un poco di glicerolato d' amido è forse meglio d'ogni altra sostanza oleosa, poichè aumenta la secrezione delle glandole, e si mischia con essa. Questo metodo curativo, con un'astinenza temporanea e la cura della vaginite o vulvite nel modo che abbiam detto (v. pp. 355, 359) sarà sufficiente In casi più gravi si anestesizza l' inferma, e, se l' orifizio vaginale non è ampio abbastanza, lo si dilata quanto è possibile con le dita, e quindi s' introduce il dilatatore vaginale di Sims, ch'è di vetro (fig. 77). L' inferma sta a letto, ed il dilatatore rimane in sito s'è possibile tutto il giorno. In seguito può portarlo solo alcune ore ogni giorno, facendo in pari tempo la cura di qualunque lesione locale, come vulvite, fessura, o erosione. Se questo metodo non riesce, dopo guarite le fessure o le erosioni, si cerca col


Fig. 77. — Dilatatore vaginale di Sims.

pennello di peli di cammello di scoprire i punti più sensibili. Se questi sono gli avanzi dell' imene, si può eseguire l'operazione di Sims, consistente nella escisione con le forbici di tutto il circuito dell'imene, sia o no infiammato. Dopo l'operazione s'introduce il dilatatore di vetro, lasciandolo in sito per qualche tempo. In casi gravi di vaginismo, quando l'imene è infiammato e molto sensibile, è bene ricorrere all' operazione senz'indugio. Asportato l'imene, la secrezione vaginale ha più libera l' uscita , e si può curare sollecitamente qualunque vaginite. I casi più disperati son quelli, in cui non si scovre alcuna o poca infiammazione, ma lo stato è quello di un'iperestesia della vulva, non solo nell'imene, ma nelle ninfe, nel vestibolo e nella clitoride, e pare che dipenda da un pervertimento dei nervi del senso sessuale. Un tale stato può produrre una dispareunia incurabile, anche quando non v'è vaginismo, e può persistere, non solo dopo l' operazione di Sims, ma anche dopo parti ripetuti , e malgrado la causticazione o perfino la escisione di tutta la parte sensibile della mucosa. Sono in generale guaribili i casi, in cui il vaginismo dipende da infiammazione, o in cui l' iperestesia è limitata all' imene, benchè si richiedan parecchi mesi di cura e di astinenza. Talune volte il parto opera la guarigione dilatando la vagina, ma le forme gravi generalmente persistono anche dopo il parto.

L' ASSENZA DEL SENSO SESSUALE.—A parte ogni dispareunia, la mancanza del senso sensuale è talmente in rapporto con le emozioni morali, da esser quasi inaccessibile alle cure mediche. Quando è primitiva, spesso risulta da qualche peculiarità individuale, ma il più delle volte si chiama il medico, quando è secondaria ed acquisita. Se non è associata a menopausa prematura, è più facile che dipenda da indebolimento costituzionale, da anemia, ansietà, lavoro eccessivo , anzicchè da cause locali , ed il rimedio consiste nel rimuovere possibilmente la causa. Tra le cause locali si può menzionare un rilasciamento anormale della vagina, dovuto a subinvoluzione del suo canale dopo

il parto, o a rottura del perineo, oppure a prolasso dell' utero o della vagina. Un' altra causa può esserne la mancanza di tono muscolare nelle sue pareti unita a leucorrea cronica. Queste cause possono esser rimosse.

STERILITÀ. — Perchè avvenga con la massima facilità possibile il concepimento, è necessario non solo che non vi sia difetto da parte dell' uomo, che non vi sia dispareunia o vaginismo nella donna, che l' uovo sia propriamente formato, e segua la sua via per mezzo della tromba di Falloppio, che infine la mucosa uterina sia in condizioni atte a riceverlo, ma ancora che il canale cervicale abbia la sua ampiezza normale e la sua direzione, senz'essere ostruito da fiocchi di muco troppo tenace per essere spostato durante il coito, e che nè la secrezione uterina nè la vaginale abbiano subito qualsiasi cambiamento potesse renderle nocive alla vita degli spermatozoi. D' ordinario lo spermatozoa vive solo per poche ore nella secrezione acida vaginale, mentre in quella del collo o del corpo dell' utero esso può conservar la sua vita per moltissimi giorni. La direzione del canale cervicale dev' essere quasi ad angoli retti con quella del pene, ed è probabile che normalmente il seme faccia buona parte del suo cammino nel collo quasi al momento dell' eiaculazione; non per mezzo di qualunque attiva suzione del collo, nè per combaciamento dell' orifizio uterino con l' uretra maschile, e neppure per la forza dell'eiaculazione, ma per la pressione intermittente, che viene esercitata sul collo mentre esso è turgido e teso per afflusso sanguigno, in modo che il suo canale è probabilmente reso più circolare del normale. Da qui l' insuccesso talvolta delle iniezioni vaginali dopo il coito, come profilassi contro la gravidanza. Se la direzione dell' orifizio è cambiata, come nel caso di retroversione o di anteflessione cervicale, in modo ch' esso non viene a contatto del seme nel cul di sacco posteriore, oppure se l' orifizio esterno è molto stretto, o il canale trovasi otturato da masse di muco

troppo tenace per essere spostato dalla pressione, allora questo meccanismo viene ostacolato. È stato non ha guari asserito che durante l' orgasmo sessuale l'orifizio ed il collo siano beanti, ma il fatto non è così.

Queste cause di sterilità, del pari che la stenosi o la flessione in vicinanza dell'orifizio interno, non rendon già il concepimento impossibile, ma solo ne diminuiscono la probabilità. In alcuni casi si è verificata la gravidanza per penetrazione di spermatozoi dall'esterno attraverso un imene stretto ed intatto, oppure varcando un' atresia quasi completa della vagina. Quando però essi non hanno libero l'accesso al collo dell'utero, allora v'è gran probabilità che periscano nella vagina, prima che abbiano il tempo di penetrare nel collo, specialmente se la secrezione vaginale è più dell' usato nociva alla loro vitalità. L' orgasmo sessuale da parte della donna non è necessario al concepimento, ma molto probabilmente contribuisce a favorire l'entrata del seme nel canale cervicale. Io ho conosciuto una donna maritata da molti anni, e che avea già un secondo marito, la quale, quando avea varcato i quarant' anni, sperimentò per la prima ed unica volta l'orgasmo sessuale, e divenne per la prima volta gravida.

È stato detto che un collo angusto non può cagionare sterilità, perchè gli spermatozoi debbono oltrepassare l'orifizio uterino della tromba di Falloppio, che normalmente è molto più stretto. Non si sa se la tromba di Falloppio si dilata durante l' orgasmo sessuale, benchè non sembri probabile che sia così, per la tensione in quel momento della parete uterina; ma, anche ammesso che la tromba non si dilati, gli spermatozoi conservando la loro vitalità nell'interno dell'utero hanno tutto il tempo di attraversare la tromba ad uno ad uno la mercè de'loro proprî movimenti. Certamente v' è spazio abbastanza per questo, ma la probabilità che avvenga così dev'essere molto maggiore, se il seme raggiunge in massa il luogo di rifugio entro l' utero, anzicchè se ciascuno sper-

matozoa deve fare per proprio conto la non breve via dalla vagina o anche da parti più esterne. Per lo più le soluzioni acide nuocciono alla vitalità del seme, e le soluzioni saline o debolmente alcaline possono essere atte a promuoverla, ma nulla più le nuoce di una sufficiente quantità d'acqua comune. Nel caso quindi di secrezione vaginale acida, una soluzione contenente l'uno per cento di cloruro di sodio ed un decimo per cento di soda o potassa caustica, fatta prima del coito può favorire il concepimento.

Fra le condizioni, che più comunemente accompagnano la sterilità, v'è lo sviluppo incompleto dell'utero con un orifizio esterno molto piccolo ed anteflessione cervicale. In casi simili la sterilità spesso persiste, anche dopo aver reso più ampio il canale, e questo probabilmente dipende da qualche altra imperfezione congenita molto meno rimediabile che non sia la forma del collo. Cause pure frequenti di sterilità sono il vaginismo o qualunque altra forma grave di dispareunia, gli spostamenti uterini, i fibromi, la stenosi sia dell' orifizio interno che dell'esterno, la vaginite e l'endometrite, tanto del collo quanto del corpo. Fra le cause più importanti di sterilità incurabile sono la torsione, l' ostruzione o l' atresia delle trombe di Falloppio per aderenze da pelvi-peritonite. Così la gonorrea ha una seria influenza come causa indiretta di sterilità per mezzo della peritonite, come pure della vaginite e dell'endometrite. L' opinione di Noeggerath quanto all'incurabilità ed alle serie conseguenze della gonorrea è stata accennata (v. p. 199). Oltre le cause di sterilità dipendenti dalla donna, può avvenire che il seme sia privo di spermatozoi, anche non essendovi segno d'impotenza nell'uomo, e molto probabilmente la vitalità degli spermatozoi può esser varia ne' diversi casi. È infine constatato che vi ha una sterilità relativa, la quale cessa, non appena l'uomo si congiunge con un'altra donna o la donna con un altro uomo.

Gl'insuccessi frequenti, che han risposto ai tentativi

di guarire la sterilità, sembrano indicare, che in gran numero di casi essa dipenda non da qualsiasi causa meccanica o facilmente riconoscibile, ma piuttosto da qualche imperscrutabile imperfezione negli ovuli o negli spermatozoi, oppure nelle relazioni tra gli uni e gli altri dovuta a difetto di vigore nell' uomo o nella donna oppure ad altra causa sconosciuta. Questo vien confermato dall' analogia degli animali e delle piante. Gli animali non liberi o messi in un clima non adatto possono essere sterili anche essendo vigorosi. Lo stesso è delle piante, quando sono addomesticate o in luoghi non favorevoli. Nella razza umana si è osservato che le ereditiere, le quali sovente sono uniche figlie o membri di piccole famiglie, sono in media più sterili delle altre donne. La fertilità imperfetta degli animali, che si congiungono per così dire sempre in famiglia, o delle piante che si fertilizzano da se, è un altro esempio della oscurità che avvolge le influenze sulla propagazione. Un altro esempio di sterilità non dovuta ad alcuna condizione locale, ma piuttosto ad uno stato generale dell' organismo, è fornito dalle donne, che ad una certa età non fanno più figli, quantunque sia molto lontana ancora l'età critica, e non sia cessata l'ovulazione.

Cura. — La cura consiste nell'allontanare possibilmente qualunque delle cause menzionate, la cui esistenza sia riconoscibile, specialmente la vaginite, gli spostamenti uterini, l'endometrite, la stenosi del canale cervicale. Si cerchi con ogni possibile delicatezza di sapere se mai l'uomo dia a temere d'impotenza. Il coito non dev'essere troppo di frequente, se si desiderano figli, ed ogni iniezione vaginale dev'essere proibita, meno quella di una soluzione salina che abbiamo menzionata. Il concepimento può avvenire in qualunque periodo del ciclo mestruale, ma si crede più probabile o immediatamente prima o poco dopo il periodo mestruale. Quale di queste due occasioni sia la più favorevole, non ancora si può dire.

Per un'indagine completa delle cause è necessario seguire il metodo di Marion Sims, quello cioè di esaminare il muco cervicale al microscopio il giorno successivo a quello in cui ha avuto luogo il coito, per cercarvi gli spermatozoi. Se non se ne trova alcuno vivo, ripetere l' esame a brevi intervalli, ed occorrendo immediatamente dopo il coito. In tal modo si può constatare l'assenza degli spermatozoi, la loro espulsione immediata dalla vagina, la loro rapida morte sia nella vagina che nel collo, o infine la loro inattitudine a penetrare nell'utero. Il metodo di iniettare il seme entro l'utero non ha avuto successo bastante a controbilanciare le difficoltà e gl'inconvenienti nel praticarlo. Dopo cinquantacinque sperimenti fatti da Marion Sims in sei donne, solo in una avvenne il concepimento.

La cura della sterilità non è molto ricca di speranze, a meno che l'inferma non si faccia osservare mentre è tuttora giovane e maritata solo da pochi anni, poichè più tardi la causa della sterilità, qualunque essa sia, ha potuto gia produrre altre alterazioni, che non è facile rimuovere. Bisogna confessare, che la cura della sterilità è la parte più infruttuosa della terapeutica ginecologica, poichè il più delle volte per riguardi e convenienze indeclinabili non si può studiarne completamente l' origine. Quelle cause di sterilità, che risiedono in qualche oscura condizione del sistema organico generale, onde viene menomata la potenza riproduttiva, stanno quasi al difuori del dominio terapeutico, benchè buon numero di casi possa risentirne l'influenza. Talvolta torna propizio al concepimento il mutar l'ambiente morale, il semplice cambiamento d'aria, e tal'altra la gravidanza è giunta inaspettata dopo una lunga separazione tra moglie e marito.

Prurito della Vulva. — Sia associato ad una vulvite semplice o follicolare, sia a qualunque stato morboso dell' utero o della vagina, il prurito della vulva è un' affezione frequente e molto molesta. Talvolta va unito ad un' iperestesia generale, massime

de' nervi cutanei. Non è raro nella gravidanza, nè come sintoma di cancro, ed è favorito da tutte le cause d' iperemia attiva o passiva degli organi sessuali. È comune anche nelle donne affette da diabete, e può dipendere altresì da una diatesi gottosa. In ultimo qualunque eruzione intorno alla vulva, pidocchi sul pube, o ossiuri provenienti dal retto possono esserne altrettante cause. Il prurito può estendersi alla vagina, all'ano, alla cute circostante. Il calore lo aggrava, e così può rendere il sonno della notte poco meno che impossibile, mentre l' azione sul sistema nervoso ha anch'essa la sua gravezza. In altri casi l'irritabilità sessuale che ne deriva dà molta noia, oppure può far contrarre l'abito alla masturbazione. Il grattamento peggiora la condizione, e può eziandio determinare una vulvite che non esisteva. Si vede quindi che il prurito della vulva partecipa in gran parte del carattere d' una nevrosi, ma in moltissimi casi esso è eccitato da qualche scolo uterino o vaginale, che, o produce una vulvite, o almeno irrita le terminazioni nervose.

Cura. — Consiste nello scoprire e curare la causa. Non potendo scoprirne altra, si facciano indagini per l'endometrite. In tutti i casi la dieta sia parca, gli aromi e l' alcool proibiti, la nettezza estrema. Come misura palliativa provvisoria, sono utili i semicupii caldi ad intervalli di poche ore. Se la causa n' è una leucorrea uterina o vaginale, si facciano frequenti iniezioni vaginali nel modo che abbiamo descritto a p. 184 e si applichi un tampone bagnato nella glicerina contenente acetato di piombo o borace, tenendolo costantemente in sito. La vulva, se essa stessa non è infiammata, si protegge con sostanze grasse, delle quali la migliore è la vaselina, a cui si può aggiungere dell'acetato di piombo (gm. 2,50 in 25) con acetato di morfina (0,40 in 25,00) cloroformio (3 in 30,) o acido cianidrico diluito (2,50 in 25). Se v' è infiammazione della vulva, si tenga fuori le labbra un cilindro di sfili bagnato in una lozione contenente glicerina ed acido fenico, a cui si

può aggiungere acetato di morfina o acido cianidrico. L'acido fenico e la glicerina possono unirsi anche al sottoacetato di piombo diluito. Una soluzione di sublimato corrosivo (0,16 in 25) è anche un buon rimedio. Si curi ogni disordine costituzionale. Il bromuro e gli oppiati o il cloralio, contro l'insonnio nei casi gravi. Quando predomina l'elemento nevrotico, si ricorra al chinino o all'arsenico.

Coccigodinia. — Il dolore al coccige si chiama coccigodinia. Va generalmente accompagnato a dolorabilità della sede, ed ogni movimento della sinfisi sacro-coccigea o de'muscoli coccigei lo aggrava. La defecazione quindi è dolorosa, come lo è il sedere o l'alzarsi da sedere. Talvolta si ha dolore anche nel camminare. La coccigodinia o è sintomatica di malattie del coccige o della sua articolazione, oppure può essere, come il prurito della vulva, una nevrosi dipendente da irritazione negli organi sessuali, nell'ano o nel retto. Nel primo caso è conseguenza o di lesioni riportate durante il travaglio del parto, o di violenze esterne, comprese quelle che posson provenire dal cavalcare. In forma di nevrosi l'affezione non è rara nelle donne non coniugate. Per la diagnosi il coccige si esplora tra un dito nel retto ed un altro all'esterno. La maggiore o minore sensibilità dell'osso alla pressione, o il dolore suscitato da'movimenti de'suoi muscoli agevolerà la ricognizione d'un'infiammazione. Quando nella storia non v'è nulla che accenni a cause infiammatorie, si cerchi con cura la possibile sorgente d'un'irritazione riflessa.

Cura. — Nella forma nevrotica lo scopo principale è quello di curare la causa. Recan sollievo le iniezioni ipodermiche di morfina sul coccige. Riuscendo a diagnosticare un'infiammazione locale, si applichino sanguisughe sulla sede del dolore, e dopo i rivulsivi. In casi molto ostinati si può introdurre un tenotomo alla punta del coccige, disgiungendo l'osso da' suoi attacchi posteriori, e per un'incisione sottocutanea disgiungendolo da' suoi attacchi

laterali. Se questo non basta, si asporti tutto l'osso. Quest'ultimo metodo è preferibile, quando il dolore dipenda da slogatura, frattura, anchilosi dell'osso. L'intervento chirurgico dev' essere però riserbato soltanto a' casi eccezionali.

FINE



IGIENE PUBBLICA E PRIVATA

Pel Dott. A. PAULIER

Versione italiana del Dott. E. MARTINEZ

Un vol. in 16 di pag. 684, L. 6

SOMMARIO GENERALE

Parte prima — *Igiene generale.*

Studio dei diversi modificatori e della loro azione sull'organismo.

Circumfusa — *Del Calore:*

Calore animale; Sorgenti del calore; Quantità; Cause che umentano il calore animale; Cause che diminuiscono il calore; Resistenza al calore; Resistenza al freddo; Morte per l'elevazione della temperatura; Morte per freddo.

Calore atmosferico; Terrestre, solare; Influenza della temperatura sull' organismo; Azione dell' aria calda e secca; Azione dell'aria fredda e secca; Cause che fanno variare l'azione della temperatura.

Climi; Divisioni; Climi caldi; Effetti dei climi caldi sull'organismo; Malattie prodotte dai climi caldi; Climi freddi; Azione dei climi freddi sull' organismo; Malattie prodotte dai climi freddi; Climi temperati; Loro azione sull' organismo; Malattie prodotte dai climi temperati.

Regole d'igiene dei paesi caldi, dei paesi freddi.

Acclimatamento; Acclimatamento individuale, nei paesi freddi, nei paesi caldi della razza; Applicazioni terapeutiche; Indicazioni dell' aria calda e secca, fredda e secca, dei climi caldi, freddi, temperati; Della Luce; Sorgenti della luce; Azione della luce sull' organismo: Effetti patologici; Regole igieniche; Applicazioni terapeutiche; Elettricità; Sorgenti; Variazioni periodiche; Azione sull' organismo; Effetti del fulmine; Igiene privata; Applicazioni terapeutiche; Umidità; Variazioni; Secondo la temperatura, la latitudine, l' altitudine, i venti, le condizioni locali; Nubi; Nebbie; Rugiada; Azione dell' umidità sull' organismo; Aria calda ed umida; Aria fredda ed umida; Aria temperata; Regole igieniche; Applicazioni terapeutiche; Pressione atmosferica; Variazioni regolari; Variazioni accidentali.

Venti; Venti alisei; Venti periodici; Venti variabili; Azione della pressione atmosferica sull' organismo; Aumento della pressione; Decompressione; Diminuzione di pressione; Azione dei venti; Applicazioni terapeutiche; Periodicità giornaliera; Azione sui fenomeni meteorologici; Azione sull' organismo. Applicazioni terapeutiche. Aria respirata.

A. — Aria allo stato normale; Composizione chimica; Aria espirata; Azione dell' aria sull'organismo; Ozone; Aria marina.

B. — Aria alterata; 1° Alterazione dell' aria nel suo insieme per l' eccessivo aumento di uno o più suoi elementi; Aria confinata; Azione sull' organismo. 2° Alterazione dell'aria per l' azione di principii anormali chimicamente valutabili; Gas; Polveri. 3° Alterazione dell' aria per principii estranei non valutabili chimicamente; Regole igieniche ed applicazioni terapeutiche. Delle acque; A. Acque pluviali; B. Marine correnti; C. Continentali; a. correnti; b. stagnanti; Azione delle acque; Regole d' igiene. Del suolo; Configurazione del suolo. Temperatura ed elettricità; Esposizione del suolo; Costituzione del suolo; Rapporti del suolo con l' acqua. Permeabilità. Umidità; Rapporti del suolo con l'aria; Rapporti del suolo col calore.

Stato della superficie del suolo: Suolo nudo; Vegetazione spontanea; Suolo coltivato; Foreste; Influenza patogenica del suolo; Delle località; 1. Esposizione; 2. Condizioni meteorologiche; 3. Condizioni geologiche; 4. Regime delle acque; 5. Forma del terreno; 6. Vicinanza; Influenza sull' organismo; Influenza patologica; Applicazioni terapeutiche del suolo e della località. Delle abitazioni.

Varietà: Costruzione delle abitazioni; 1. Situazione dell' abitazione—2. Esposizione; 3. Altezza; 4. Materiali; 5. Capacità. Delle differenti parti che entrano nella costruzione di una casa; a. Fondamenta; b. Piani; c. Tetto; d. Mura; e. Pavimenti; f. Volte; g. Finestre e porte; h. Scale.—Annessi: 1. Cortili; 2. Bagni. 3. Stalle, scuderie, basse corti, pollai; 4. Cucine; 5. Acque sporche; 6. Smaltitoi; 7. Latrine.—Influenza delle abitazioni: a. Epoca dell' entrata, b. Capacità; c. Animali; b. Fiori; e. Illuminazione f. Riscaldamento. — Ventilazione; Influenza patologica; Regole igieniche.

Applicata — *Degli indumenti.*

Materie di origine vegetale; a. Lino; b. Canapa; c. Cotone d. Cautchouc; e. Phormium tenax; f. Juta; g. Il Ma e l'Albaca.

Materie di origine animale; a. Lana; b. Penne; c. Pelli; d. Seta. Caratteri distintivi. *Azione degli indumenti;* 1. Proprietà inerenti alla materia dei vestiti; a. Calorico; b. Elettricità; c. Igrometria. 2. Tessitura. 3. Colore. 4. Forma.—Rapporti degl'indumenti con le diverse parti del corpo: 1. Testa; 2. Collo; 3. Tronco.—Condizioni individuali che modificano gl' indumenti. Circostanze esterne che fanno modificare la forma delle vesti. Periodicità diurna e notturna; Climi; Stagioni; Stato di salute o di malattia.—Applicazioni terapeutiche.

Ingesta — *Degli Alimenti.*

Costituzione intima degli alimenti: 1. Principii immediati azotati; 2. Principii immediati non azotati; 3. Principii immediati di origine minerale—Alimenti composti: Alimenti completi *Divisione degli alimenti secondo la loro origine:* 1. *Alimenti di origine animale*: a. Zoofiti; b. Articolati; c. Molluschi; d. Vertebrati e Pesci; Carne: Sangue; Visceri; Latte ed alimenti che ne derivano (crema, burro, formaggio). 2. *Alimenti di origine vegetale*: a. Cereali; b. Legumi; c. Frutta.—A. *Bevande acquose;* Caratteri di un'acqua potabile; Varietà; Azione sull'organismo; Regole igieniche; Applicazioni terapeutiche.—B. *Bibite alcooliche*: 1. Vini ; 2. Acquavite; 3. Birra; 4. Sidro. Azione sull' organismo, del vino, del sidro, della birra, de'liquori.—Indicazioni igieniche. Applicazioni terapeutiche.—C. *Bibite aromatiche,* 1. *Caffè*; Azione sull'organismo; Influenza patogenica ; Applicazioni terapeutiche. 2. *Thè*. Azione sull'organismo; Applicazioni terapeutiche. 3. *Matè o the del Paraguay*. 4. *Coca*; 5. *Cacao, Cioccolatte.* Applicazioni terapeutiche.—D. *Bibite acide, acidulate gassose.* Alterazioni degli alimenti.— A. *Alterazioni degli alimenti solidi:* 1. Spontanee, 2. Artificiali.—B. *Alterazioni dei liquidi*; 1. Vini; Alterazioni spontanee, Alterazioni artificiali; Adulterazioni; 2. Liquori alcoolici : Birra; 3. Bibite aromatiche; Alterazioni e adulterazioni.—C. *Alterazioni e falsificazioni dei condimenti;* Preparazione e conservazione degli alimenti. *Condimenti;* a. Condimenti salini; b. Condimenti acidi; c. Condimenti zuccherini; d. Condimenti acri; e. Condimenti astringenti; f. Condimenti grassi o oleosi; Indicazioni igieniche. *Materie coloranti.*

Utensili; 1. Utensili di legno; 2. Utensili metallici; 3. Utensili di creta verniciata; 4. Utensili di vetro.

Preparazione degli alimenti ; 1. Alimenti forniti dal regno vegetale : Pane : Panificazione; Varietà ; Caratteri del pane ; Azione sull'organismo; 2. Alimenti forniti dal regno animale ; A. Sostanze animali che si mangiano crude; B. Sostanze animali che han bisogno di una preparazione qualunque.

Conservazione delle sostanze alimentari. Condizioni che impediscono la conservazione ; Condizioni che favoriscono la conservazione: A. Conservazione degli alimenti di origine vegetale –B. Conservazione degli alimenti di origine animale; C. Conservazione delle bevande. Regime.

Quantità; 1. Quantità sufficiente o razione normale; 2. Alimentazione insufficiente; 3. Alimentazione eccessiva. *Qualità*: A. Digeribilità degli alimenti; B. Potere nutritivo . C. Regime vegetale o poco azotato ; D. Regime grasso ; E. Regime animale; F. Regime misto; Regimi speciali ; Pasti—Applicazioni terapeutiche; A. Alimentazione nelle malattie acute ; B. Alimentazione nelle malattie croniche. *Excreta*. A. *Escrezioni generali.* B. *Escrezioni locali*: 1. Escrezioni oculo-palpebrali ; 2. Escrezioni nasali; 3. Escrezioni boccali; 4. Escrezioni alvine; 5. Escrezione urinaria; 6. Escrezioni cutanee.

Dei bagni: A. *Bagni in generale;* Azione sull'organismo. B. *Bagni in particolare*; 1. Bagni naturali: a. Bagni freschi; b. Bagni freddi, c. Bagni molto freddi; d. Bagni di mare. Applicazioni igieniche e terapeutiche; 2. Bagni artificiali : a Bagni caldi: Bagni tiepidi; b. Bagni caldi e bagni caldissimi. Applicazione igienica e terapeutica; c. Bagni di stufa; d. Bagni russi; e. Bagni locali. *Cosmetici:* Cosmetici del sistema peloso; Cosmetici dei denti ; Cosmetici degli orifizii mucosi ; Cosmetici della pelle. *Gesta*: A. *Movimenti in generale. Esercizio;* 1. Effetti locali; 2 Effetti generali; Esercizio eccessivo; Esercizio insufficiente; Esercizio moderato. *Sforzo.* B. *Movimenti in particolare; a. Movimenti volontarii senza locomozione. b. Movimenti volontarii con locomozione;* 1. Cammino; 2. Salto; 3. Corsa; 4. Danza; 5 Scherma; 6. Caccia; 7. Bigliardo; 8 Giuoco della palla , del volante; 9. Nuoto. C. *Movimenti volontarii comunicati o gestazione;* 1. Vectazione; 2. Navigazione; 3. Equitazione. *Movimenti speciali;* 1. Esercizio della voce; 2 Ginnastica propriamente detta; Applicazioni terapeutiche. *Percepta*. A. *Sensi esterni ;* 1 Del tatto; 2. Del gusto ; 3. dell'Odorato; 4. Dell' udito; 5. Della vista. B. *Sensi interni*; 1. Fame ; 2. Sete; 3. Coito; 4. Sonno.

Parte Seconda — *Igiene individuale o biologico.*

Delle Età; A. Vita fetale o intrauterina; B. Prima Infanzia ; Cure da prestare al neonato ; C. Seconda infanzia ; D. Terza infanzia ; E. Adolescenza; F. Pubertà; G. Età adulta; H. Virilità: I. Età critica; J. Vecchiezza. — *Dei sessi*: Gravidanza — *Dei temperamenti*; 1. Temperamento sanguigno; 2. Temperamento nervoso; 3. Temperamento linfatico; 4. Temperamento bilioso ; 5. Temperamenti composti. — *Delle idiosincrasie*: Dell' eredità : A. Eredità fisiologica; B. Eredità patologica. Limiti ; Modo di trasmettersi; Epoca dell' evoluzione; Regole igieniche; Delle abitudini.

Dell' abitudine nello stato di sanità ; Azione sulle funzioni organiche.

A. Abitudini morbifiche: a. Abuso degli organi genitali, masturbazione; b. Coito; Eccessi venerei; Polluzioni; c. Alcoolismo; d. Nostalgia.

B. Abitudini morbose: a. Da parte delle funzioni della generazione; Mestruazione ; Leucorrea o fiori bianchi ; b. Da parte delle funzioni digestive : Pneumatosi ; Vomito; Diarrea ; Stitichezza ; c. Da parte della circolazione : Palpitazioni; Epistassi ; Emorroidi ; d. Da parte della respirazione : Asma; Reumi; e. Da parte delle secrezioni : Sudori ; Eruzioni cutanee ; Ptialismo ; Urinazione ; f. Da parte delle funzioni di relazione: Sensi; Encefalo; Apparecchio locomotore.—Della costituzione: a. Rapporti coi temperamenti; b. con le idiosincrasie; c. coll' età e col sesso; d. coll'eredità; e. coll' abitudine; f. con la statura e col peso del corpo.—Dell'imminenza morbosa: a. Rapporto coi temperamenti, b. coll' età, c. coi sessi, d. con

l'eredità, e. con l'abitudine, f. con la costituzione. — Della convalescenza; Sua azione sull'apparecchio digerente, sull'assorbimento, sulla circolazione, sulla respirazione, sulla secrezione, sulla generazione, sulle funzioni di relazione.—Condizioni che la modificano: 1. Natura della malattia; 2. Condizioni della vita individuale; 3. Durata della malattia; 4. Natura del trattamento; Regole igieniche; Delle infermità.

Parte Terza — *Igiene pubblica o sociologia*.

Delle razze; 1. Razza bianca o caucasica: 2. Razza gialla o mongolica; 3. Razza nera o africana; 4. Razza rossa o americana.

A. *Matrimonialità*. Influenza del matrimonio sulla criminalità; Influenza del matrimonio sull' alienazione mentale; Influenza del matrimonio sul suicidio; Influenza del matrimonio sulla mortalità.

B. *Natalità*. Natalità in generale; Natalità in Francia e negli altri paesi.—Cause della diminuzione della natalità in Francia; a. Cause passaggiere; b. Cause permanenti; 1. Stato civile; 2. Sesso; 3. Mesi; 4. Matrimonialità; 5. Mortalità; 6. Agiatezza; 7. Climi; 8. Emigrazione; 9. Grado di civilizzazione; 10. Nascite multiple.

C. *Mortalità*. Mortalità in generale; a. Influenza dell' età; b. Influenza del sesso; c. Influenza delle stagioni e dei mesi; d. Influenza dello stato civile; e. Influenza delle professioni; f. Influenza dell' abitato; g. Influenza delle società di mutuo soccorso; h. Influenza dell' agiatezza; i. Influenza delle condizioni d'internamento; j. Influenza della malattia.

D. *Della Prostituzione*. Cause della prostituzione: A. Prostituzione pubblica; B. Prostituzione clandestina. Influenza della prostituzione sulle donne che vi si dànno: a. Modificazioni locali; b. Modificazioni generali. Influenza della prostituzione sulla salute pubblica. Indicazioni igieniche.

Abitazioni pubbliche — *Città*. A. Esposizione — Posizione. B. Densità — C. Disposizioni interne — D. Case — E. Manutenzione della via pubblica — F. Piantagioni — G. Irrigazioni urbane — H. Cloache (égouts). Disposizione e distribuzione; Costruzione; Forma, Dimensioni, Comunicazione coll'esterno; Ventilazione; Nettamento; Acque delle Cloache — Depurazione ed utilizzazione di queste acque.

I. Immondezze — Nettamento—J. Illuminazione pubblica;—K. Letamai *d'immondezze, di materie fecali di animali morti*.— L. Inumazioni — Cimiteri. *Segni della morte reale; Nuovi sistemi d'inumazione — Cremazione;* vantaggi e inconvenienti. Obbiezioni.

Villaggi e borgate — Edificii e stabilimenti pubblici.

Condizioni comuni: 1° Aerazione, 2° Riscaldamento — Temperatura; 3° Ventilazione, sistemi Duvoir; Thomas, Laurent, Farcot, Van Hecke; 4° Illuminazione, 5° Irrigazione e drenaggio.

Condizioni speciali: 1° Edificii destinati al culto (tempii, chiese, sinagoghe), 2° Teatri, 3° Asili d'infanzia, 4° Scuole (collegi, licei, istituti, scuole primarie) — *a*. Situazione, *b* Aerazione, *c*. Illuminazione, *d*. Materiale — Mobilio, *e*. Indicazioni igieniche, 5° Caserme, 6° Stabilimenti Ospitalieri.

A. *Ospedali* monumentali o di lunga durata — Speciali (militari, di maternità, di convalescenza, di bambini — Senza piani, a padiglioni isolati, o di breve durata (*Ospedali di legno, baracche, tende, sistema Tollet*).

B. *Ospizii — Asili di alienati* — 7° Abitazioni penitenziarie; 8° Bagni; 9° Lavatoi, 10° Ruote.

Alimentazione pubblica — Abbondanza e Carestia — Dazii.

Delle professioni.

A. *Professioni in generale*.

Stabilimenti insalubri — Condizioni che sono influenzate dalle professioni o che modificano l'igiene personale. *a* Eredità, Costituzione; *b*. Sesso; *c*. Età, *d*. Nascita. Mortalità; *e*. Ambiente; *f*. Alimentazione; *g*. Bagni-Lavatoi; *h*. Vestimento; *i*. Stato intellettuale; *j*. Riposo e movimenti necessarii per la professione.

B. *Professioni in particolare*. *a*. Professioni che provocano alterazioni o erosioni cutanee; *b*. Professioni che provocano deformazioni; *c*. Professioni che provocano disturbi da parte dell'apparecchio locomotore; *d*. Professioni che provocano disturbi da parte dell'apparecchio respiratorio. — 1°. Accidenti prodotti da polveri vegetali — animali — animali e metalliche — di silice — 2°. Accidenti provocati da *vapori* o gas irritanti — *e*. Professioni che provocano disturbi da parte degli apparecchi circolatorio, digestivo, nervoso e genito-urinario; *f*. Professioni che provocano disturbi da parte degli organi della vista; *g*. Professioni che provocano *fenomeni di intossicamento*.

Saturnismo professionale — 1° Accidenti prodotti dal rame, dallo zinco—dal mercurio—dall'arsenico —dal fosforo — dalla benzina — dalla nitro-benzina — dalla fucsina e anilina — dal solfuro di carbonio — dall'ossido di carbonio — dall'acido carbonico — dall'idrogeno solforato — dal gas d'illuminazione— da' vapori alcoolici — dal metilene — dal saggiare il the.

C. *Professioni che non rientrano in niuna delle classi precedenti*. Minatori di carbon fossile - Fabbrica di materie esplosive —Professioni libere — Professione militare; Esercito: — (Reclutamento — Igiene del soldato — Mortalità nell'esercito in tempo di guerra, in tempo di pace — Servizio sanitario in guerra) — Professione navale.

Epidemiologia: 1°. Infezione, Malattie infettive — 2°. Contagio, Malattie contagiose — 3°. Endemie — 4° Epidemie.

A. *Condizioni che ne modificano l'evoluzione*—*a*. Temperatura, Stagioni, Climi — *b*. Altitudine, Latitudine — *c*. Condizioni locali — *d*. Regime alimentare — *e*. Stato intellettuale — *f*. Mez-

zi di propagazione — *g.* Affollamento — *h.* Epoca della malattia — *i.* Civilizzazione.

B. *Azione delle epidemie sulla popolazione.*

C. *Profilassi igienica.* 1°. per gl'individui — 2°. per le autorità — Lazzaretti e Quarantane.

D. *Specifici.*

FOURNIER A.

SIFILIDE E MATRIMONIO

LEZIONI DETTATE NELL'OSPEDALE DI S. LUIGI A PARIGI

Traduzione del Dott. C. MAGLIERI

Un volume in 8° Lire 3

INDICE DELLE MATERIE.

PRIMA PARTE — Prima del matrimonio.

I. — Importanza considerevole del soggetto — Come si presenta in pratica pel medico la questione del matrimonio dei sifilitici. — Grave responsabilità in cui incorre il medico. — Deplorevoli risultati di un errore commesso in simile circostanza.

II.—*Parte precisa del medico* consultato su questo riguardo.— Due differentissime categorie di consultanti. — Necessità assoluta pel medico di giudicare la questione dal punto di vista esclusivamente *medico*, senza lasciarsi influenzare da considerazioni estranee.

III. — Una questione preventiva. — *Costituisce la sifilide una formale interdizione, un ostacolo assoluto al matrimonio?*— Opinioni diverse. — Ricorso alla osservazione. — Salvo rare eccezioni speciali, la sifilide non costituisce che una interdizione *temporanea* al matrimonio.

IV. — *Pericoli che la sifilide importa nel matrimonio.* — Tre specie di pericoli — Divisione del soggetto.

V. — *Pericoli relativi alla moglie* — Frequenza della sifilide nelle giovani spose. — Statistica — Due specie di contagio possibile per la donna. — 1°. *Contagio diretto* o trasmissione alla moglie di una lesione contagiosa sopravvenuta nel marito dopo il matrimonio. — Fatti clinici. — 2°. *Sifilide per concepimento.*— Come si presentano in pratica i casi di sifilide che riconoscono questa speciale origine. — Loro innegabile autenticità. — Loro

frequenza. — Derogazione apparente alle leggi abituali della infezione sifilitica, esplicata coll' intervento di un elemento speciale, la gravidanza — Questa sifilide per concepimento è insomma analoga alla sifilide che nel corso di una gravidanza si ripercuote in senso inverso dalla madre al figlio.

VI. — *Pericoli risguardanti la prole.* — Dottrine recenti che tendono a restringere o ad annichilare l' influenza ereditaria della sifilide paterna. — Esagerazioni ed errori di tali dottrine. — Discussione. — Istruzione teorica. — Dati che ne fornisce l' osservazione. — È assolutamente vero che soggetti sifilitici generano frequentemente figli sani, allorchè le rispettive mogli sono rimaste sane. — Esempi. — Similmente possono nascere figli sani da padri sifilitici, che presentano ancora sintomi di sifilide all' epoca del concepimento o li presentano più tardi. — Ma anche molto soventemente si esercita sul figlio l' influenza paterna, e in diverse maniere; cioè:

1° Qualche volta trasmissione diretta della sifilide;

2° Ben più frequentemente morte del bambino per inattitudine alla vita. — Aborto. — Aborti successivi. — Morte immediata o rapida dopo il parto;

3° Scadimento vitale congenito del germe che si esplica ulteriormente sotto svariatissime forme morbose.

Inoltre un soggetto sifilitico è, relativamente alla prole, pericoloso, perchè corre rischio di comunicare la sifilide alla propria moglie. — Conseguenze nefaste pel bambino di un contagio trasmesso alla madre. — In questo caso la sorte del bambino è compresa in queste tre alternative:

1° *Morte in utero.* — Aborto. — Parto prematuro. — Aborti multipli;

2° *Sifilide ereditaria*;

3° *Eredità sifilitica sotto forme morbose svariate.* — Debolezza congenita. — Morte subitanea, inesplicabile. — Disposizione ereditaria alle malattie. — Predisposizione alle affezioni del sistema nervoso. — Convulsioni. — Meningiti. — Bambini di corta intelligenza, imbecilli, idioti. — Idrocefalia. — Linfatismo, scrofola. — La scrofola non è, come si dice, una degenerazione della sifilide, ma certamente la sifilide è uno degli affluenti della scrofola.

Parallelo fra la sifilide paterna e la materna dal punto di vista della loro influenza ereditaria. — L' influenza della sifilide materna è veramente *perniciosa* pel feto. — Due statistiche personali. — Altre statistiche a resultati concordi.

Conclusioni: il maggior pericolo che possa correre un bambino nascendo dall' unione di un soggetto sifilitico con una donna sana, è che questa donna venga a contrarre la sifilide da suo marito.

VII. — *Pericoli personali del marito.* — Come gl' interessi della comunità costituita dal matrimonio possano trovarsi gravemente compromessi dai rischi personali del marito. — Catastrofi, calamità sociali resultanti nel matrimonio dalla si-

filide del marito. — Diversi esempi. — Può aver mai un uomo il diritto di associare altri, cioè una donna e dei bambini, ai pericoli avvenire di una sifilide insufficientemente curata? — Il matrimonio in simili condizioni costituisce un'azione colpevole che la morale riprova.

Dovere del medico di illuminare ogni persona sui pericoli che nel matrimonio porta a lungo andare la sifilide non curata. — Conclusione.

CONDIZIONI D'AMMISSIBILITÀ AL MATRIMONIO.

A quali condizioni un malato affetto da sifilide diviene sotto il rapporto medico ammissibile a prender moglie? — Programma dell'autore. — *Cinque condizioni principali.*

I. — *Assenza di lesioni specifiche nell'attualità.* — Incredibile audacia di certi individui presentatisi al matrimonio con accidenti sifilitici in corso. — Ragioni varie che han consigliata quest'azione ributtante del matrimonio in piena sifilide—Caso di matrimonio nella *incubazione* della sifilide.

II. — *Età avanzata della diatesi.* — Principio generale: più è recente la sifilide negli sposi, più son numerosi e gravi i pericoli ch'essa apporta nel matrimonio. — Corollario: Sotto ogni aspetto, l'epoca avanzata della diatesi costituisce una sicurezza pel matrimonio. Così:

1° Dal punto di vista dei rischi di contagio, è la sifilide *recente* sovratutto pericolosa pei caratteri delle sue lesioni, per la consueta molteplicità delle medesime, per le loro frequenti recidive, per le localizzazioni più comuni verso la bocca e sugli organi genitali, per la loro benignità apparente, ecc.

2° Influenza attenuante e correttiva del tempo per rapporto all'eredità—Decrescenza graduale fino all' estinzione totale dell'influenza sifilitica dei genitori sui loro bambini. — Esempi che lo provano.

3° Garenzia relativa dipendente dall' antichità della diatesi, per rispetto a rischi personali del marito.

Tuttavia l'età di una sifilide non è il solo dato con cui possa determinarsi l'ammissibilità o no al matrimonio. — Altri fattori da consultare.

Difficoltà per precisare l'epoca esatta in cui un individuo affetto da sifilide diviene ammissibile al matrimonio. — Durata minima da esigere da lui: *tre a quattro anni*, utilmente consacrati ad una cura metodica. — Garanzie più serie che offre un' epoca più remota ancora.

III. — *Stadio d'immunità sufficientemente lungo dopo le ultime manifestazioni specifiche.* — Significazione prognostica di questo periodo d'immunità. — Securità anche maggiore derivante da una immunità prolungata senza intervento terapeutico. — Quale durata assegnare a questo periodo d'immunità? — Il *minimum* strettamente esigibile in vista del matrimonio.

IV. — *Carattere non minacciante della infezione.* — La benignità originaria di una sifilide costituisce certamente una condizione favorevole pel matrimonio. — Ma essa per sè sola non può supplire la mancanza delle altre condizioni che il programma suddetto indica. — Perchè? — Casi di sifilidi a principio benigne, arrivate poi ad accidenti gravi e divenute pericolose pel matrimonio in ragione dei rischi personali del marito.

Gruppo di sifilidi temibili in particolar modo pel matrimonio. — Sifilide ed eruzioni secondarie recidivanti. — Sifilidi gravi di diversa forma. — Sifilidi che scelgono per sito prediletto di eruzione qualche organo di prima importanza, l'occhio, il cervello, il midollo. — Controindicazione formale al matrimonio per certe forme di manifestazioni cerebrali.

Apprezzamento necessario del prognostico intrinseco di ciascun caso particolare.

V. — *Cura specifica sufficiente.* — Condizione prima, per eccellenza. — È la cura che dà la garanzia più valida, più seria per rapporto ad attitudine al matrimonio, e ciò per tre ragioni: 1ª Perchè costituisce la migliore salvaguardia contro i i rischi personali che lo sposo apporta nella comunità del matrimonio; — 2ª perchè diminuisce e sopprime la possibilità di contagio; — 3ª perchè diminuisce e sopprime i pericoli dell'eredità. — Influenza della cura specifica sulla eredità da parte del padre, sull'eredità da parte materna, sulla eredità mista— Una influenza anche provvisoria della cura può bastare a scongiurare provvisoriamente gli effetti dell'eredità sifilitica.

Quale cura offre, se non la sicurezza assoluta, almeno serie garenzie? — Deplorevoli risultati delle cure abbreviate. — *A malattia cronica cura cronica.* — Piano generale di una cura sufficientemente atta a proteggere il presente e l'avvenire.

VI. — *Le acque solforose.* — Preteso criterio di guarigione offerto dai bagni sulfurei. — Cure dette *rivelatrici.* — Qual grado di confidenza accordare a questo « giudizio delle acque? ».

VII. — Conclusione.

VIII. — Ritorno sul programma precedente. — Riflessioni e critiche. — Impossibilità di stabilire un programma che risponda a tutte le eventualità possibili. — Semplice calcolo di probabilità da stabilirsi sovra dati di apprezzamento essenzialmente difficile e delicato. — Perchè tuttavia l'intervento medico offre ai malati e alla società le garenzie più serie?— Come si pone pel medico la quistione di attitudine ò no al matrimonio. — Regola di condotta da osservarsi strettamente. — Conferma empirica dei dati precedenti.

SECONDA PARTE — Dopo il matrimonio.

Casi diversi. — Sifilide anteriore al matrimonio. — Sifilide posteriore al matrimonio. — Caso eccezionale in cui la sifilide contratta prima del matrimonio si manifesta soltanto dopo il

matrimonio medesimo. — Pericoli risultanti dalla introduzione della sifilide in una giovane famiglia.

Quattro ordini di combinazioni possibili. Divisione del soggetto.

I. — *Marito sifilitico e moglie sana.* — Indicazioni particolari che si presentano ad adempiersi: sopprimere energicamente i focolai di contagio; — con una medicazione di particolare intensità troncar subito gli accidenti contagiosi del periodo secondario; — scongiurare i pericoli che possono resultare da una gravidanza, ecc.

Due proposizioni verificate dall'esperienza: 1. nell'enorme maggioranza dei casi, i contagi di sifilide che nel matrimonio si trasmettono dal marito alla moglie, derivano da lesioni del periodo *secondario;* — 2. quasi sempre questi contagi derivano da lesioni superficiali secondarie *erosive*, da manifestazioni, cioè, *benigne*, eminentemente suscettive di essere sconosciute circa natura, ovvero anche di passare inosservate.

II. — *Marito sifilitico, moglie sana, ma incinta.* — Pericoli incorsi in una simile posizione e dal nascituro e dalla madre. — Discussione sull'opportunità di un intervento preventivo. — Opinioni divergenti. — Casi particolari in cui quest'intervento è formalmente indicato.

III. — *Marito sifilitico e moglie recentemente contagiata.* — Difficoltà pratiche speciali in questa specie di casi. — Parte che spetta al medico di fronte al marito. — Interdizione assoluta della paternità. — Parte del medico di fronte alla moglie. — Missione di curar questa donna con l'obbligo di dissimularle la malattia da cui è affetta. — Lotta impresa con la sagacità femminile. — Le donne sono poi sempre gabbate dallo stratagemma?

Difficoltà nel fare accettare ad una donna inconscia della sua malattia la lunga cura della sifilide; — tanto più poi che dopo un certo tempo il marito diviene pel medico un alleato menochè premuroso. — Conseguenza lamentevole: la maggior parte delle donne maritate che riceverono la sifilide dal marito, non subiscono in generale che una cura incompleta e restano per ciò stesso esposte ai pericoli dell'avvenire il più grave. — Frequenza degli accidenti terziarii presso queste malate. — Per qual ragione questi accidenti in simili occorrenze corrano rischio di restare sconosciuti? — Esempi clinici.

Quale obbligo morale si impone qui al medico? — Imbarazzi multipli di una tale situazione. — Necessaria abilità nella tattica professionale.

IV. — *Marito sifilitico; — moglie sifilitica ed incinta.* — Situazione più grave di tutte — Sorte probabile che tocca al bambino procreato in simili circostanze. — Non è intanto impossibile che una cura scongiuri il completo disastro. — Casi in cui la gravidanza potè portarsi a termine. — Casi eccezionali in cui il bambino ha potuto sfuggire all'infezione.

Indicazione capitale che qui devesi soddisfare: *curar la ma-*

dre. — Obbiezioni. — Pretesi pericoli della cura mercuriale durante la gravidanza — Discussione. — Pregiudizi del volgo, nonchè dei medici, che attribuiscono al mercurio gli effetti della sifilide. — Urgenza assoluta di sottoporre alla cura della infezione le donne sifilitiche allo stato di gravidanza. — Resultati positivi della esperienza clinica.

V. — Pericoli per la società derivanti dalla sifilide del neonato. Contagio delle nutrici. — Facoltà singolare d'espansione, d'irradiazione della sifilide delle nutrici e dei poppanti. — Rimbalzi del contagio; pseudo-epidemie locali di sifilide, ecc. Esempi clinici.

Dovere di *profilassi sociale* che s'impone al medico. — Scopo da raggiungere: circoscrivere la sifilide nel suo focolaio principale, in modo da impedire di riversare al di là i suoi danni. — Applicazione. — Un solo mezzo pratico: fare in maniera che il bambino sifilitico, prima sorgente di tali pericoli, resti nella propria famiglia e venga nutrito *da sua madre.* — Obbiezioni. — L'allattamento materno comporterà nel caso speciale qualche pericolo, sia per la madre che pel figlio?

Discussione. — Quattro serie dei casi possibili. — Due alternative pericolose teoricamente. — *Legge di Colles.* — In somma l'allattamento del bambino per mezzo della propria madre sfugge ai pericoli che teoricamente potrebbero supporsi.— Conclusione. — Nel caso speciale l'allattamento materno è il solo modo razionale e pratico d'allevare il bambino. — In tutti i casi la garanzia della società costituisce l'indicazione capitale, predominante, alla quale il medico deve soddisfare.

Note e documenti giustificativi.

I. — Ottantasette osservazioni di soggetti sifilitici, i quali essendosi ammogliati, non han mai comunicato alle loro mogli il minimo fenomeno sospetto, e di più han generato, fra tutti gli 87, un totale di 156 bambini assolutamente immuni.

II. — Sifilide. — Sette aborti o parti prematuri (Osservazione).

III. — Influenza ereditaria della sifilide materna (Statistiche).

IV. — Sifilide contratta prima del matrimonio con manifestazione dopo il matrimonio. (Osservazione).

V. — Matrimonio prematuro d'un soggetto sifilitico. — Cinque casi di sifilide derivanti dalla infezione del marito.—Morte di un poppante estraneo. (Osservazione).

VI. — Padre sifilitico. — Bambino sifilitico. — Madre che da principio sembrava immune, ma sei anni più tardi presentò una lesione di sifilide terziaria. (Osservazione).

VII. — Della inattitudine alla vita, come conseguenza ereditaria della sifilide paterna.

noso: Precauzioni, cuscini elastici ad anello. Lozioni. Cerotti. — Il decubito gangrenoso; le cagioni. — Cuscini pieni d'acqua; loro preparazione. Pulizia del decubito. Medicazione della ferita.

Lume nella camera dell'ammalato durante la notte — Grande orologio senza soneria. Bere, mangiare, leggere in letto. Sedersi e raddrizzarsi dell' ammalato in letto.

Sull' impossibilità di trattare e curare convenientemente i poveri in casa loro.

Le eccellenti osservazioni ed annotazioni di Miss Nigthingale sulla particolarità di molti ammalati e sul contegno da osservarsi per parte delle infermiere a questo riguardo.

CAP. III. *Sull' esecuzione degi ordini del medico:*

1. La somministrazione dei medicinali.
2. Inalazioni.
3. Iniezioni. Clisteri. Suppositori. Instillazioni.
4. Fomentazioni. Pennellature. Fregagioni. Massaggio. Elettricità.
5. Mignatte. Senapismi. Vescicanti.
6. Bagni.
7. Versamenti con acqua (doccie). Lozioni con acqua fredda. Inviluppi umidi generali e locali.
8. L' applicazione permanente del freddo e del caldo.

CAP. IV. *Preparazioni per le operazioni e per le fasciature.*

Preparazioni per le operazioni. Preparazione dell'infermiera. Scelta di una camera. Illuminazione. Preparazione dell'ammalato. Temperatura della camera. Tavola per l'operazione. Narcosi. Prescrizioni per pulire chirurgicamente (disinfettare) le spugne e la seta. Denominazione degli strumenti chirurgici più usitati.

Preparazione per la medicazione antisettica. Tamponi. — Cerotti. — *Medicazione al letto dell' ammalato.* — Preparazioni delle soluzioni di acido carbonico o fenico. — Medicazione con unguenti.

Preparazioni per le fasciature delle fratture, delle lussazioni e delle storpiature. — Fasciatura di gesso. — Fasciatura di amido. — Fasciatura di silicato di potassa. Stecche di guttaperca. — Esercizii pratici sull' applicazione di fasciature e di panni da usarsi per fasciature. Trasporto degli infermi.

CAP. V. *Osservazione e cura degli ammalati febbricitanti in generale.*

Malattie acute, croniche. — Calore proprio elevato, sintomo principale della febbre. — Misura del calore proprio col termometro. — Curve di febbre. — Noverazione dei battiti del polso e delle respirazioni. — Delirii di febbre. — Contegno dell' infermiera in questi casi.

CAP. VI. *La cura da prestare nelle epidemie e nelle malattie contagiose.* — *Preservazione dall'infezione.* — *Disinfezione.* *Tifo addominale.* — Modo della sua origine. — Le incom-

benze quotidiane dell' infermiera riguardo agli ammalati affetti dal tifo. — Gravi complicazioni del tifo, a cui deve badare l' infermiera. — Trattamento del tifo, con bagni e con acqua fredda. — Cura dei tifosi nel periodo della convalescenza.
Colera. — Dissenteria.
Malattie contagiose direttamente da persona a persona. Tifo petecchiale, tifo ricorrente, morbillo, rosalia, scarlattina, vaiuolo, tosse canina, difterite. — I primordii del *morbillo, della rosalia, della scarlattina, del vaiuolo — Tosse canina.*
Difterite: Come si presenta e in che modo si comunica. Trattamento locale. Il croup. La tracheotomia.
Precauzioni da prendere nelle epidemie e nelle malattie contagiose — Disinfezione.
CAP. VII. *La cura degli ammalati dei nervi e della mente.*
Appunti generali sul sistema nervoso e sulla natura delle sue malattie.
I. *Cura e soccorsi provvisori nelle malattie nervose e negli accessi, che hanno il loro punto di partenza principalmente nel sistema nervoso.* Cura dei paralitici. — Soccorso nello svenimento. — Commozione cerebrale. — Apoplessia. — Epilessia — Convulsioni isteriche. — Coliche. — Crampi allo stomaco. — Spasimo della glottide. — Asma. — Singhiozzo. — Nevralgia faciale (Tic).
II. *Osservazione e cura degli alienati.* Appunti generali 1. Perturbamento delle idee. — 2. Stati di impedimento mentale. — 3. Stati di eccitazione.
Prescrizioni generali per la cura degli alienati secondo il D. Ewald Hecker.
Alcuni consigli alle infermiere intorno agli alienati del Dr. I. v. Mundy. Contegno rispetto ai deliranti. Astensione dall' uso della camicia di forza. — « No restraint ». Malinconia. Rifiuto del cibo. — Importanza della cura fisica degli alienati. — Occupazione e divertimenti degli alienati — Metodo di famiglia (Gheel).
CAP. VIII. *Soccorsi in accidenti subitanei.*
Soccorsi per.
Lesioni; Scottature. Congelamento. Contusioni. Ferite, emorragie dalle ferite.
Ferite avvelenate. Punture di insetti. Morsicature di bisce. Morsicature di cani idrofobi. Infezione da carne putrida.
Emorragie. Emorragia dal naso. Sbocchi di sangue. Vomito di sangue,
Tentativi di richiamare alla vita gli appiccati, gli annegati. (Per svenimenti, accessi di apoplessia, accessi di convulsioni (vedi Cap. VII).
Soccorsi negli avvelenamenti.
CAP. IX. Nutrizione e regime. — Conclusione.
Estratto dell' appendice: *notizie sulle società di infermiere nell' impero germanico.* Gli statuti della società rodolfiana.